



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Diandra Camila Henrique da Silva

Júlia Danielle de Medeiros Leão

Manejo Assistencial de Enfermagem ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico  
no Ambiente Hospitalar

**Natal, RN**

**2026**

Diandra Camila Henrique da Silva  
Júlia Danielle de Medeiros Leão

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte como requisito para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Hiago da Silva Duarte.

Natal, RN

2026

Diandra Camila Henrique da Silva  
Júlia Danielle de Medeiros Leão

Manejo Assistencial de Enfermagem ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico  
no Ambiente Hospitalar

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Fernando Hiago da Silva Duarte  
Orientador

---

Prof. Dra. Vilani Medeiros de Araújo Nunes  
Examinador(a) externo

---

Me. Walkiria Gomes da Nóbrega  
Examinador(a) externo

Natal, 2026

## AGRADECIMENTOS

Ao visitar as memórias do meu museu pessoal, encontro lembranças de uma menina que sonhava em ser quem sou hoje. É quase como voltar no tempo e dizer a ela: nós conseguimos.

Em uma sala ao lado, marcada pelos agradecimentos, encontro Deus, aquele que me guiou exatamente para o caminho que eu precisava percorrer. Durante estes cinco anos, concedeu-me inúmeras bênçãos e permitiu que eu cruzasse o caminho de pessoas que marcaram profundamente minha trajetória acadêmica e pessoal. A todos aqueles que Deus colocou em minha vida, os meus mais sinceros agradecimentos.

Foi Ele quem me deu coragem para enfrentar medos que, muitas vezes, pareciam impossíveis de superar. Mas Deus sabia que eu era capaz, pois também me cercou de pessoas que me sustentaram nos momentos mais difíceis.

Entre os mais belos quadros deste museu está a minha família. Aos meus pais, Ivan e Adriana, que reconheceram em mim um potencial antes mesmo que eu fosse capaz de enxergá-lo por completo, agradeço por todo amor, incentivo, força, sabedoria e pelos ensinamentos de gentileza e fé que levarei por toda a vida. Ao meu irmão Matheus, agradeço por me ensinar diariamente o valor da resiliência e da paciência, por ser um exemplo que carrego desde o dia em que nasci.

A João, meu namorado, deixo um agradecimento especial. Em meio às tensões e inseguranças do meu primeiro estágio, você surgiu como a calma para uma mente que não encontrava descanso. Obrigada pelo apoio, pela compreensão e por caminhar ao meu lado durante esta jornada.

Entre os quadros mais brilhantes que encontro aqui está Júlia, minha amiga. Alguém com quem compartilhei não apenas os desafios e as conquistas da faculdade, mas também alguém com quem compartilhei a vida. Que prazer foi encontrar uma pessoa tão especial em minha caminhada. Sua amizade tornou essa trajetória mais leve e muito mais significativa.

Ao final desta visita pelo meu museu pessoal, faço um agradecimento especial a mim mesma. Por ter encontrado coragem quando tudo o que sentia era medo. Por ter acreditado nos meus sonhos e por ter chegado até aqui.

Esta conquista é resultado de muitas mãos, muito amor e muita fé. E, por isso, meu coração transborda gratidão. Esta sala, recheada de agradecimentos, é uma parte do meu museu cuja porta jamais estará fechada, porque o amor que sinto por tudo e por todos que fazem parte desta história não cabe em uma sala encerrada entre quatro paredes.

Diandra Camila Henrique da Silva

## AGRADECIMENTOS

A Deus, porque sei que nele tudo posso. Com calma e humildade, a gente chega lá. Mesmo quando pensamos que tudo está desmoronando, é a Ele que peço calma e discernimento, e Ele sempre me mostra uma alternativa.

Aos meus pais, Edna e Julinho, por todo amor e confiança que sempre depositaram em mim. Sob muito sol, vocês me fizeram caminhar na sombra, mas sempre me ensinando o caminho do bem. É uma honra ser filha de vocês. Mais que filha, eu sou fã.

À minha irmã, Mariana Leão, tudo que eu faço hoje também é por você. Obrigada por ser a minha melhor amiga. Sempre estarei aqui para te orientar e caminhar ao teu lado.

À minha família, faço questão de citar cada um: Célia, Isac, Mona, Carol, Ana Clara, Zaya, Eleide, Ivandi, Anna Clara, Maria do Socorro, Mozinha, Neide e Miguel, meu afilhado que amo tanto. Tudo que sou hoje tem um pouco de cada um de vocês. É uma honra ser tão amada assim por cada um. Em especial, Lucas, André e Neto — vocês são as minhas maiores referências e inspirações de vida.

À minha mentora, professora Vilani Medeiros, obrigada por me mostrar o mundo da pesquisa com tanto amor. Tudo que sei hoje, pode ter certeza que tem muito de você. Sua “pupila” aqui é sua fã.

Aos meus amigos, em especial aos da UFRN, que me acompanharam ao longo dessa jornada. Obrigada por acreditarem, pelos momentos, pelas ajudas e pelas orientações. É muito importante saber que conheci pessoas boas, com princípios bons, e que sempre existiu troca. Isso é e sempre será primordial para mim.

À minha dupla, Diandra, por caminhar comigo nessa jornada. Não teria outra pessoa para dividir esse momento. Desde o começo, sempre foi você, e a gente sabe disso. Acredito que Deus nos uniu no momento certo, e fomos apoio uma para a outra, principalmente agora. Muito obrigada por me deixar fazer parte da sua história, assim como você fez da minha. Tenho certeza de que nosso TCC já é um sucesso, só por tudo que a gente construiu.

A mim, por ter lutado pelo meu sonho, pelo curso que escolhi e pelo dom da vida; por nunca esquecer de onde vim e por tudo que me foi proporcionado. Sou muito grata e seguirei firme, continuando a buscar meus sonhos e correndo atrás do que é meu. Por fim, encerro este ciclo com o coração grato por tudo que vivi até aqui, pois cada desafio, cada aprendizado e cada pessoa que cruzou meu caminho contribuíram para que eu me tornasse quem sou hoje. Sigo com a certeza de que estou no rumo certo e pronta para o que vier. Mal posso esperar para os próximos capítulos!

Júlia Danielle de Medeiros Leão

## RESUMO

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbimortalidade mundial, configurando-se como relevante problema de saúde pública. Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel essencial na identificação precoce, monitoramento e condução do cuidado. A utilização de protocolos e procedimentos operacionais padronizados contribui para a organização e uniformização da assistência, promovendo maior segurança e qualidade no cuidado prestado. **Objetivo:** Desenvolver um Protocolo Operacional Padrão (POP) para o manejo assistencial de enfermagem em pacientes com AVC isquêmico (AVCi), visando otimizar a assistência hospitalar. **Metodologia:** Estudo metodológico, de abordagem qualitativa, fundamentado em revisão integrativa da literatura. A questão norteadora foi elaborada pela estratégia PCC. As buscas foram realizadas nas bases LILACS, MEDLINE e BDENF, via PubMed, SciELO, Web of Science e Scopus, incluindo estudos publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. A seleção ocorreu em três etapas: leitura de títulos e resumos, leitura dos textos completos e definição da amostra final. Os dados foram analisados de forma descritiva e temática, subsidiando a construção do POP. **Resultados:** Evidenciou-se que a assistência de enfermagem ao paciente com AVCi submetido à trombólise envolve intervenções sistematizadas, como monitorização clínica rigorosa, avaliação neurológica contínua, administração segura do rt-PA e prevenção de complicações. A adoção de protocolos estruturados e fluxos organizados contribui para redução do tempo de atendimento, melhora dos desfechos clínicos e maior segurança do paciente. Destacaram-se ainda a importância da capacitação profissional, padronização das condutas e atuação multiprofissional. Como produto, foi desenvolvido um POP voltado à equipe de enfermagem, com base nas evidências científicas. **Conclusão:** A elaboração do POP constitui estratégia fundamental para a organização da assistência ao paciente com AVCi, favorecendo a padronização do cuidado, redução de complicações e maior segurança do paciente. Recomenda-se a validação de sua aplicabilidade em estudos futuros.

**Descritores:** Ischemic Stroke; Acute Ischemic Stroke; Nursing Care.

## ABSTRACT

**Introduction:** Stroke is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide, constituting a major public health problem. In this context, nursing plays an essential role in early identification, monitoring, and management of care. The use of standardized protocols and operational procedures contributes to the organization and uniformity of care, promoting greater safety and quality in healthcare delivery. **Objective:** To develop a Standard Operating Procedure (SOP) for nursing care management in patients with ischemic stroke, aiming to optimize hospital care. **Methodology:** This is a methodological study with a qualitative approach, based on an integrative literature review. The guiding research question was developed using the PCC strategy. Searches were conducted in the LILACS, MEDLINE, and BDNF databases via PubMed, SciELO, Web of Science, and Scopus, including studies published between 2021 and 2026 in Portuguese, English, and Spanish. Study selection was carried out in three stages: screening of titles and abstracts, full-text reading, and final sample definition. Data were analyzed using descriptive and thematic approaches, supporting the development of the SOP. **Results:** The findings showed that nursing care for patients with ischemic stroke undergoing thrombolysis involves systematized interventions, such as rigorous clinical monitoring, continuous neurological assessment, safe administration of rt-PA, and prevention of complications. The implementation of structured protocols and organized care pathways contributes to reduced care time, improved clinical outcomes, and increased patient safety. The importance of professional training, standardization of practices, and multidisciplinary collaboration was also highlighted. As a result, an SOP was developed for the nursing team, based on scientific evidence. **Conclusion:** The development of an SOP represents a fundamental strategy for organizing nursing care for patients with ischemic stroke, promoting standardized care, reducing complications, and enhancing patient safety. Further studies are recommended to validate its applicability and effectiveness.

**Descriptors:** Ischemic Stroke; Acute Ischemic Stroke; Nursing Care.

## Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
2.1	Magnitude Epidemiológica do AVC.....	11
2.2	Tempo-Dependência do Tratamento.....	12
2.3	Impacto da Atuação da Enfermagem no Prognóstico.....	13
2.4	Padronização da Assistência.....	14
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
3.1	Objetivo Geral.....	15
3.2	Objetivos Específicos.....	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
5.1	Etapas do Desenvolvimento.....	26
5.2	Protocolo Operacional Padrão (POP) para manejo da assistência de enfermagem em pacientes com diagnóstico de AVCi.....	27
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
6.1	Caracterização da Literatura	29
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>32</b>
<b>9</b>	<b>ORÇAMENTO.....</b>	<b>33</b>

## REFERÊNCIAS

### APÊNDICE A - PROTOCOLO DO MANEJO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO NO AMBIENTE HOSPITALAR

## 1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) configura-se como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, sendo reconhecido como um importante problema de saúde pública global (Simão *et al.*, 2024). Trata-se de uma condição aguda que frequentemente resulta em déficits neurológicos permanentes, com repercussões funcionais, sociais e econômicas significativas, tanto para o indivíduo quanto para sua rede de cuidado. Estima-se que grande parte dos pacientes permaneça com algum grau de dependência para a realização de atividades da vida diária, evidenciando o significativo impacto socioeconômico dessa condição (Muniz *et al.*, 2023), o que reforça a necessidade de compreender suas diferentes formas de apresentação clínica.

Do ponto de vista clínico, o AVC pode ser classificado em dois principais tipos: o isquêmico (AVCi), responsável pela maioria dos casos, e o hemorrágico (AVCh) (Szymanski *et al.*, 2021). O AVCi ocorre devido à obstrução do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em déficits neurológicos de início súbito, cuja gravidade depende da área cerebral acometida e da extensão do dano. Nesse contexto, destaca-se que o manejo do AVCi é altamente tempo-dependente, estando fundamentado na premissa de que “tempo é cérebro”, uma vez que a rápida identificação e intervenção influenciam diretamente o prognóstico do paciente (Martins *et al.*, 2025), tornando essencial a compreensão das diferentes formas clínicas da doença.

O AVCh, por sua vez, corresponde a aproximadamente 20% dos casos. Esse tipo de acidente vascular cerebral ocorre devido ao rompimento de um vaso sanguíneo, frequentemente associado a malformações vasculares e aneurismas, resultando em hemorragias intracranianas e/ou hemorragia subaracnóidea (Lima *et al.*, 2025). Ambas as formas clínicas apresentam elevada gravidade e requerem abordagem imediata e especializada, o que evidencia a complexidade do cuidado e a necessidade de reconhecimento precoce das manifestações clínicas.

As manifestações clínicas do AVC são heterogêneas e incluem déficit motor súbito, alterações sensitivas, afasia, rebaixamento do nível de consciência, cefaléia intensa, distúrbios visuais, alterações de equilíbrio e comprometimento cognitivo (Da Cruz Jardim *et al.*, 2023). Dessa forma, observa-se que o AVC apresenta manifestações clínicas variadas, que dependem da região cerebral acometida e da extensão do dano neurológico, podendo influenciar diretamente na evolução clínica e nos desfechos do paciente.

Considerando que o AVCi constitui o subtipo mais incidente e prevalente, a sobrevida dos pacientes está diretamente relacionada à rapidez no diagnóstico e à instituição do

tratamento precoce. De acordo com Morais *et al.*, (2023), o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a busca adequada por atendimento em um serviço de saúde são fatores determinantes para a evolução clínica do AVC. Ainda que os tratamentos apresentem grandes avanços, as taxas de mortalidade na fase aguda permanecem altas. Sendo possível observar, a existência de limitações significativas na implementação de terapias e cuidados eficazes, bem como na aplicação de estratégias de prevenção primária e secundária do evento, ou ainda na associação desses fatores (Morais *et al.*, 2023).

O manejo do AVCi é altamente dependente do fator tempo, estando fundamentado na premissa de que “tempo é cérebro”. Sob essa perspectiva, a trombólise intravenosa com o ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) constitui a principal intervenção farmacológica capaz de modificar o curso natural da doença, promovendo a dissolução do trombo oclusivo e restabelecendo o fluxo sanguíneo para a área de penumbra isquêmica. Entretanto, essa terapia ainda apresenta riscos, como a ocorrência de hemorragia intracraniana sintomática (Martins *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, compreende-se que o fator tempo é um determinante fundamental para a eficácia do tratamento. Tal fato está relacionado à fisiopatologia que compõe a cascata isquêmica, na qual, a cada minuto em que um grande vaso cerebral permanece ocluído, milhões de neurônios sofrem danos irreversíveis. Dessa forma, o tratamento farmacológico apresenta uma janela terapêutica de até 4,5 horas a partir do início dos sintomas. Quanto maior o tempo de oclusão vascular desde o início do ictus, maior é a probabilidade de ocorrência de transformação hemorrágica, fenômeno associado à degradação da barreira hematoencefálica no tecido infartado (Martins *et al.*, 2025).

No contexto da assistência à saúde, a enfermagem desempenha papel fundamental na identificação precoce das situações clínicas, no adequado encaminhamento dos pacientes e na condução das ações de monitoramento, avaliação, vigilância e transferência inter-hospitalar (Conde *et al.*, 2024). Vale ressaltar que, o enfermeiro exerce atividade privativa na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e na condução do Processo de Enfermagem, que compreende etapas inter-relacionadas, incluindo a coleta do histórico, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação das intervenções e a avaliação contínua do paciente (Fochesatto *et al.*, 2024).

Considerando que o AVC configura-se como uma das causas de intervenção hospitalar e incapacidade funcional, exigindo uma assistência rápida, qualificada e sistematizada por parte da equipe de saúde, especialmente da enfermagem, a ausência de protocolos assistenciais padronizados pode comprometer a qualidade do cuidado, aumentar o risco de

complicações e influenciar negativamente o prognóstico dos pacientes. Nesse panorama, a organização das práticas assistenciais por meio de instrumentos normativos, como protocolos e procedimentos operacionais padronizados, contribui para a sistematização das condutas e para a uniformização das ações em saúde. Tais ferramentas permitem orientar e registrar etapas específicas do cuidado, promovendo padronização, clareza nas atividades executadas e maior consistência na assistência prestada (Conde *et al.*, 2024). Dessa forma, a execução das atividades torna-se padronizada e conduzida de maneira sistematizada, favorecendo a organização do processo de trabalho e direcionando a assistência de enfermagem para uma prática mais segura, qualificada e resolutiva, contribuindo para a oferta de um cuidado de excelência ao paciente.

A elaboração de um Protocolo Operacional Padrão (POP) tem como finalidade organizar e estruturar os processos de trabalho, promovendo a padronização das práticas assistenciais e favorecendo a oferta de um cuidado de maior qualidade. Ademais, esse instrumento contribui para a prevenção e a diminuição de riscos e agravos à saúde, uma vez que orienta de forma clara e sistematizada a execução das atividades, fortalecendo uma assistência mais segura e uniforme (Nitz *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, propõe-se como hipótese que “A utilização de ferramentas como o POP no auxílio à assistência de enfermagem ao paciente com AVCi contribui para a oferta de um cuidado mais seguro, organizado e eficaz. Complementa-se ainda que a padronização das condutas favorece a qualidade da assistência prestada, além de potencializar o processo de reabilitação do paciente, minimizando os impactos decorrentes das sequelas provocadas pelo evento cerebrovascular.”

Diante da elevada complexidade do manejo do AVCi e da necessidade de uma assistência de enfermagem rápida, segura e sistematizada, surge o seguinte questionamento: como a implementação de um Protocolo Operacional Padrão de Enfermagem pode contribuir para a qualificação da assistência e para a promoção da segurança do paciente no manejo do Acidente Vascular Cerebral isquêmico?

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Magnitude Epidemiológica do AVC**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa um importante problema de saúde pública mundial, sendo atualmente a segunda principal causa de morte no mundo, responsável por aproximadamente 11% dos óbitos globais. No Brasil, as doenças cerebrovasculares

ocuparam por muitos anos a primeira posição entre as causas de mortalidade, passando a ocupar o segundo lugar a partir de 2016. Em 2025, foram registrados 89.490 óbitos por AVC no país, evidenciando o impacto expressivo da doença sobre a mortalidade da população.

Embora estudos demonstrem redução das taxas de incidência, prevalência e mortalidade por AVC em diversos países, observa-se um aumento da prevalência da doença em indivíduos com menos de 70 anos de idade. Além disso, persistem importantes desigualdades entre as regiões do mundo, uma vez que a taxa de mortalidade por AVC em países de baixa renda é cerca de 3,6 vezes maior quando comparada à observada em países de alta renda.

Além da elevada mortalidade, o AVC está associado a importantes repercussões funcionais e sociais. Evidências indicam que o AVC isquêmico pode reduzir a expectativa de vida em até 5,5 anos, correspondendo a uma perda aproximada de 32,7% da expectativa de vida prevista para os indivíduos acometidos. Nesse contexto, ressalta-se que o impacto da doença ultrapassa os aspectos clínicos, atingindo também dimensões sociais e econômicas, o que reforça a necessidade de estratégias assistenciais organizadas e baseadas em evidências.

## **2.2 Tempo-Dependência do Tratamento**

A rápida identificação dos sinais e sintomas sugestivos de AVC, como desvio da rima labial, dificuldade na fala e fraqueza súbita em um dos membros ou em um lado do corpo, associada à utilização de escalas de triagem e avaliação neurológica, constitui um fator determinante para o encaminhamento precoce e a instituição do tratamento adequado. Nesse cenário, o tempo configura-se como um dos principais determinantes do prognóstico, uma vez que a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral desencadeia uma cascata de lesões celulares que resulta em morte neuronal irreversível.

Nesse contexto, a trombólise intravenosa consolidou-se como a principal estratégia de reperfusão para pacientes elegíveis com AVC isquêmico, devendo ser realizada preferencialmente dentro da janela terapêutica de até 4,5 horas após o início dos sintomas, conforme diretrizes nacionais e internacionais (Brasil, 2019).

A terapia trombolítica constitui uma das principais estratégias terapêuticas na fase aguda do AVCi, sendo considerada uma intervenção tempo-dependente capaz de reduzir significativamente os déficits neurológicos e as sequelas decorrentes da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Esse tratamento consiste na administração intravenosa do ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA), medicamento que atua promovendo a dissolução do trombo ou êmbolo responsável pela oclusão vascular. Dessa forma, favorece a

reperusão da área cerebral acometida, especialmente da região de penumbra isquêmica, contribuindo para a preservação do tecido neuronal viável, melhora dos desfechos clínicos e aumento das chances de recuperação funcional do paciente. (Fochesatto *et al.*, 2024).

Diante disso, evidencia-se que o AVC configura-se como uma condição altamente tempo-dependente, exigindo uma assistência ágil, organizada e qualificada. Nesse processo, destaca-se o papel da equipe de enfermagem, que atua diretamente na identificação precoce dos sinais e sintomas, no monitoramento clínico e na implementação das intervenções necessárias, contribuindo de forma decisiva para a melhoria dos desfechos clínicos.

### **2.3 Impacto da Atuação da Enfermagem no Prognóstico**

A enfermagem consolida-se como uma profissão baseada em conhecimento científico, orientada por evidências e respaldada por diretrizes nacionais e internacionais. No contexto do AVC, o enfermeiro assume uma posição estratégica na assistência, contribuindo para a qualidade do cuidado, a redução de complicações e a melhoria dos desfechos clínicos (Lima *et al.*, 2023).

O cuidado ao paciente acometido por AVC envolve a realização de avaliação clínica sistematizada, o incentivo à autonomia nas atividades de autocuidado, o planejamento de estratégias de reabilitação funcional e a execução de intervenções assistenciais. Para tanto, o profissional utiliza conhecimentos técnicos e científicos aliados à experiência clínica, possibilitando a identificação das necessidades individuais e o direcionamento de condutas adequadas.

A partir dessa avaliação, torna-se possível implementar intervenções que favoreçam a recuperação das capacidades motoras e cognitivas, contribuindo para a reabilitação, a independência funcional e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Kuhl *et al.*, 2025). Além disso, a atuação da enfermagem está diretamente relacionada à prevenção de complicações, como broncoaspiração, infecções e lesões por pressão, fatores que impactam significativamente o prognóstico.

Diante da complexidade do cuidado ao paciente com AVC e da necessidade de intervenções oportunas, torna-se fundamental que a assistência de enfermagem seja organizada, sistematizada e fundamentada em evidências científicas. Nesse sentido, destaca-se a importância da utilização de instrumentos que orientem a prática clínica, como protocolos assistenciais, os quais contribuem para a padronização das condutas e para a melhoria da qualidade do cuidado.

## 2.4 Padronização da Assistência

A padronização é uma estratégia essencial para a organização do processo de trabalho e para a garantia da qualidade do cuidado prestado. No contexto do AVCi, condição caracterizada por alta complexidade e tempo-dependência, a adoção de protocolos assistenciais torna-se ainda mais relevante, uma vez que possibilita a condução sistematizada das intervenções e a redução de atrasos no atendimento (Brasil, 2019).

Os protocolos clínicos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) configuram-se como instrumentos normativos que orientam a prática dos profissionais de saúde, promovendo maior uniformidade nas condutas, redução da variabilidade assistencial e fortalecimento da segurança do paciente. A implementação desses instrumentos está diretamente associada à melhoria da qualidade do cuidado, ao estabelecer diretrizes claras e baseadas em evidências científicas (Santos *et al.*, 2024).

No âmbito da enfermagem, a utilização de protocolos assistenciais favorece a organização das atividades e a execução de intervenções de forma mais segura e eficiente. Além disso, esses instrumentos contribuem para a integração da equipe multiprofissional, promovendo maior alinhamento entre os profissionais e garantindo continuidade do cuidado (Conde; Duarte, 2024).

Evidências apontam que a implementação de cuidados estruturados, especialmente em unidades especializadas em AVC, está associada à redução de complicações, diminuição da mortalidade e melhoria dos desfechos funcionais dos pacientes (Noll, 2024). Dessa forma, a padronização da assistência contribui para a organização do cuidado e também para a otimização dos resultados clínicos.

Adicionalmente, a construção de protocolos permite a definição clara das responsabilidades da equipe, a sistematização das etapas do atendimento, além do monitoramento de indicadores de qualidade em saúde. Segundo Nitz *et al.* (2023), protocolos baseados em evidências fortalecem a prática clínica e contribuem para a redução de riscos e eventos adversos.

Assim, evidencia-se que a padronização por meio do POP constitui uma estratégia fundamental para qualificar o cuidado ao paciente com AVCi, promovendo maior segurança, eficiência e resolutividade no contexto hospitalar, além de subsidiar a prática da enfermagem baseada em evidências.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Desenvolver um protocolo operacional padrão para o manejo assistencial de enfermagem aos pacientes com diagnóstico de AVCi, visando a padronização do atendimento e a otimização da assistência hospitalar.

#### **3.2 Específicos**

- a) Descrever os principais aspectos clínicos e assistenciais relacionados ao atendimento do paciente com AVCi;
- b) Identificar as principais evidências científicas para o manejo inicial do AVCi;
- c) Estruturar um fluxograma assistencial para pacientes com diagnóstico de AVCi.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem qualitativa, voltado para a construção de um POP para o manejo assistencial de enfermagem direcionado aos pacientes com diagnóstico de AVCi, fundamentado em evidências científicas disponíveis na literatura. Estudos de natureza metodológica corroboram com a construção, desenvolvimento, validação e verificação de ferramentas e métodos de pesquisa complexos e sofisticados capazes de investigar métodos de obtenção de dados e condução de pesquisas, pois permite ao pesquisador elaborar instrumentos confiáveis e precisos que podem ser utilizados por outros pesquisadores (Polit e Beck, 2011).

Na perspectiva de identificar as principais evidências científicas para o manejo inicial do AVCi, será realizada uma revisão integrativa da literatura que se configura enquanto um método de pesquisa que possibilita a síntese e análise do que existe de produção sobre determinado fenômeno, a fim de aprofundar o conhecimento, identificar lacunas e instigar a realização de novas produções literárias. Seguir-se-á os seguintes passos: 1) identificação do tema e da questão norteadora de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão da amostra; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorização dos estudos; 4) avaliação dos artigos incluídos; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão (Sousa *et al.*, 2017).

Para elaboração da questão norteadora, foi utilizada a estratégia PCC (P=População, C=Conceito e C=Contexto), considerando como acrônimo “P” pacientes adultos com suspeita ou diagnóstico de AVC isquêmico, “C” manejo/assistência/cuidados/intervenções de enfermagem e “C” os serviços de urgência, emergência, unidade hospitalar, unidade de AVC ou contexto assistencial de enfermagem. Assim, foi adotada a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as evidências científicas disponíveis para o manejo da assistência de enfermagem de pacientes com AVC isquêmico que subsidiem a construção de um protocolo operacional padrão na prática de enfermagem?”

Como critérios de elegibilidade, foram adotados estudos disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos (2021 a 2026), que abordassem o manejo assistencial do acidente vascular cerebral isquêmico, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram incluídos estudos primários e secundários, como ensaios clínicos, estudos observacionais e revisões sistemáticas, priorizando-se aqueles com maior nível de evidência científica.

Foram excluídos estudos que não tinham como público-alvo pessoas com AVCi; editoriais; artigos de opinião; editoriais; cartas ao editor; comentários; resumos de congresso; ..resumos sem acesso ao texto completo; estudos duplicados; estudos que não apresentavam

relação direta com a temática proposta; publicações com acesso restrito mediante pagamento; e também as que não responderam à questão norteadora.

As buscas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via PubMed, SciELO, Web of Science e Scopus no mês de junho de 2025. Os descritores e palavras-chave utilizados nas buscas foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, permitindo a construção de estratégias de busca adaptadas às especificidades de cada base de dados, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1.** Estratégias de busca utilizadas em cada base de dados.

<b>Base de dados</b>	<b>Estratégia de busca utilizada</b>	<b>Resultados obtidos</b>
LILACS	("Ischemic Stroke" OR "acute ischemic stroke") AND ("Nursing Care")	10 artigos
MEDLINE	("Ischemic Stroke" OR "acute ischemic stroke") AND ("Nursing Care")	38 artigos
BDENF	("Ischemic Stroke" OR "acute ischemic stroke") AND ("Nursing Care")	9 artigos

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2026.

Os artigos foram acessados por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), quando necessário. Foi utilizado o Rayyan para auxiliar na organização das referências, identificação e remoção de duplicatas e processo de triagem e seleção dos estudos.

A seleção dos estudos se deu em três etapas. Na primeira fase, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados nas bases de dados, considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. A segunda fase consistiu na seleção preliminar dos estudos potencialmente elegíveis, a partir da verificação de sua adequação ao objetivo da revisão. Na terceira fase, foi realizada a leitura completa dos artigos selecionados, a fim de identificar aqueles que responderam à questão de pesquisa e que compuseram a amostra final da revisão. As etapas desse processo estão apresentadas na Figura 1.

A partir da leitura analítica dos textos completos, foram extraídas informações referentes à identificação dos estudos, tais como autores, ano de publicação e país de origem; aspectos metodológicos, incluindo objetivo, delineamento e amostra e contexto de realização do estudo; além das abordagens relacionadas ao manejo assistencial de enfermagem ao

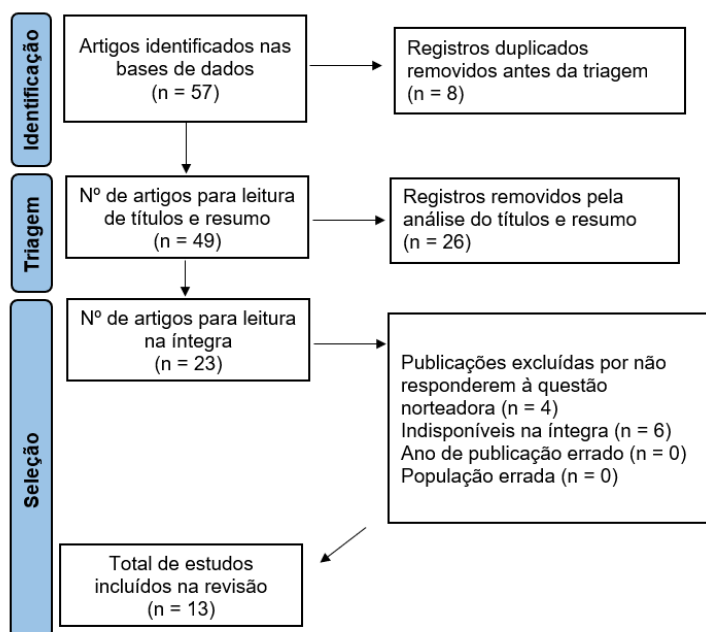
paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico no ambiente hospitalar. Também foram identificadas as principais condutas de enfermagem, intervenções realizadas, estratégias de cuidado, protocolos assistenciais utilizados, bem como os desfechos clínicos associados ao cuidado prestado, os principais resultados, conclusões e lacunas apontadas pelos autores.

A análise preliminar teve como objetivo organizar e sintetizar as informações contidas nos estudos selecionados, de modo a possibilitar a compreensão do manejo assistencial de enfermagem no contexto do AVC isquêmico e responder ao problema de pesquisa proposto. Os dados foram analisados de forma descritiva e temática, considerando as convergências e divergências entre os estudos incluídos.

A análise crítica e a apresentação dos resultados foram realizadas com base em categorias temáticas construídas a partir dos achados da revisão. Inicialmente, foram consideradas categorias relacionadas à identificação precoce e triagem do AVC isquêmico; intervenções de enfermagem na fase aguda; cuidados no período pós-trombólise; monitorização clínica e neurológica; prevenção de complicações; educação em saúde e orientação ao paciente e familiares; e organização do fluxo assistencial no ambiente hospitalar.

O processo de seleção dos estudos foi descrito por meio de fluxograma baseado nas recomendações Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



**Fonte:** Adaptado de PRISMA. Elaborado pelos autores, 2026.

## 5. RESULTADOS

**Quadro 2.** Caracterização dos estudos selecionados na inclusão da revisão.

<b>Autor/ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Contexto</b>	<b>Principais achados</b>
Cesare <i>et al.</i> , 2026	Itália	Descrever e comparar a complexidade e a intensidade dos cuidados de enfermagem entre pacientes com AVC isquêmico, AVC hemorrágico e ataque isquêmico transitório (AIT), utilizando linguagem padronizada de enfermagem para caracterizar necessidades assistenciais e padrões de cuidado.	Estudo observacional retrospectivo.	Hospital terciário de cuidados agudos com Unidade de AVC, integrado à rede regional de atendimento ao AVC, em Roma, Itália. Foram analisadas 728 internações por AVC isquêmico, AVC hemorrágico e AIT.	Pacientes com AVC isquêmico apresentaram complexidade de enfermagem semelhante aos pacientes com AVC hemorrágico na admissão, porém menor que estes quanto à intensidade global dos cuidados durante a internação. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes incluíram risco de infecção, risco de quedas, dor aguda, mobilidade física prejudicada, distúrbio do padrão de sono e déficit de volume de líquidos. As ações de enfermagem concentraram-se em monitorização clínica, segurança do paciente, administração de medicamentos e cuidados de suporte. O estudo concluiu que a utilização de linguagem padronizada de enfermagem permite identificar necessidades assistenciais e padrões de cuidado relevantes para o planejamento e organização da assistência ao paciente com AVC.
Yan L <i>et al.</i> , 2025	China	Avaliar a eficácia clínica de um bundle de cuidados baseado no ERAS para promover a reabilitação precoce em pacientes com AVC isquêmico agudo.	Ensaio clínico randomizado.	Atua em Unidade hospitalar em pacientes com AVC isquêmico admitidos até 48h. No artigo, ocorre a comparação entre: cuidado padrão vs. bundle de enfermagem estruturado (ERAS).	Existiu uma redução significativa dos escores neurológicos (NIHSS, mRS), ocorrendo também a melhora de força muscular, linguagem e deglutição. Com isso, apresentou paciente com a diminuição de ansiedade e depressão, além de outros eventos adversos. Por fim, isso resulta em uma melhora da qualidade de vida.
Kumar <i>et</i>	Índia,	Avaliar o impacto da	Revisão	Atendimento ao AVC	Redução significativa do

<i>al.</i> , 2025	com colaboração internacional.	atuação do enfermeiro especializado em AVC nos tempos de tratamento e desfechos clínicos em pacientes com AVC isquêmico agudo.	sistemática com metanálise.	isquêmico agudo, em ambientes de serviços hospitalares, emergência e unidades de AVC. No artigo, existe uma comparação entre assistência com enfermeiro especializado vs. sem essa atuação estruturada.	tempo porta-agulha (DTN); Redução da mortalidade em 3 meses; Melhora dos desfechos funcionais (mRS 0–2); Aumento da taxa de trombólise intravenosa; e, conseqüentemente, o papel fundamental da enfermagem na triagem precoce e organização do fluxo e adesão a protocolos.
Hu HF, Sang YF e Xiao YQ (2024)	China	Avaliar o impacto da assistência de enfermagem abrangente sobre a qualidade de vida e a função de deglutição de pacientes com AVC isquêmico.	Estudo observacional.	Hospital Materno-Infantil de Hengyang, China. Foram avaliados 172 pacientes com AVC isquêmico internados entre 2020 e 2023, divididos em grupo controle (n=80) e grupo intervenção (n=92).	A enfermagem abrangente promoveu melhora significativa da função de deglutição, redução dos déficits neurológicos, melhora das atividades de vida diária e da função motora, redução de ansiedade e depressão, menor incidência de complicações (refluxo, aspiração, febre e infecção pulmonar), maior adesão à reabilitação, maior satisfação com a assistência e melhor qualidade de vida.
Yang C.; Pan Y. (2022)	China	Avaliar os fatores de risco para disfagia em pacientes com AVC isquêmico por meio de revisão sistemática e metanálise, fornecendo subsídios para prevenção, tratamento e cuidados de enfermagem relacionados à disfagia.	Revisão sistemática com metanálise.	Foram incluídos 10 estudos observacionais, totalizando 4.637 pacientes com AVC isquêmico, dos quais 1.183 apresentaram disfagia pós-AVC.	A disfagia ocorreu em 25,51% dos pacientes. Os principais fatores de risco identificados foram idade avançada (SMD=0,42), hipertensão arterial (OR=1,96), diabetes mellitus (OR=1,83) e AVC de tronco encefálico (OR=2,12). O estudo conclui que pacientes com esses fatores devem ser submetidos à avaliação sistemática da deglutição, monitorização precoce e intervenções de enfermagem precoces para prevenir complicações como aspiração e pneumonia.
Castiblanco Montañez <i>et al.</i> , 2022	Colômbia	Descrever as intervenções de enfermagem em pacientes com trombólise por AVC isquêmico para reduzir o	Revisão integrativa de literatura.	Assistência hospitalar ao paciente com AVC isquêmico submetido à terapia trombolítica (alteplase/tPA).	Foram identificados três domínios principais de cuidado: (1) controle e monitorização da pressão arterial antes, durante e após a trombólise; (2)

		risco de hemorragia.			terapia combinada para redução do risco hemorrágico e ampliação da janela terapêutica; (3) dosificação segura da alteplase em situações especiais ou potencialmente contraindicadas. A monitorização rigorosa da pressão arterial foi apontada como a principal intervenção de enfermagem para prevenção de hemorragia.
Moreira T. <i>et al.</i> , (2021)	Suécia e Países Baixos	Caracterizar tempos de transporte, uso de instalações hospitalares e localização paciente-equipe por meio de um sistema automatizado de localização em tempo real durante a transferência direta de pacientes com suspeita de AVC para um centro abrangente de AVC.	Estudo observacional prospectivo.	Centro abrangente de AVC do Hospital Universitário Karolinska, em Estocolmo, com acompanhamento automatizado do fluxo de pacientes, enfermeiros e neurologistas durante o atendimento agudo ao AVC.	O desvio da sala de emergência e transferência direta para neurorradiologia reduziu os tempos de transporte intra-hospitalar e o tempo entre chegada e saída da tomografia. Após a mudança do fluxo, neurologistas passaram menos tempo com os pacientes (mediana de 15 para 9 minutos), enquanto enfermeiros passaram significativamente mais tempo (mediana de 13 para 22 minutos; $p = 0,036$ ). Pacientes com AVC isquêmico demandaram maior tempo total da equipe em comparação com AVC hemorrágico e imitadores de AVC. O RTLS mostrou-se útil para identificar gargalos do fluxo assistencial e apoiar a gestão de recursos humanos e materiais.
Zhang <i>et al.</i> , 2021	China	Estabelecer e avaliar um percurso/protocolo de enfermagem de emergência para pacientes com AVC isquêmico agudo submetidos à trombectomia endovascular.	Estudo quase experimental comparativo.	Hospital chinês que realizou atendimento de pacientes com AVC isquêmico agudo submetidos à trombectomia mecânica. Foram avaliados 240 pacientes: 113 no modelo convencional e 127 submetidos ao protocolo de enfermagem de	A implementação do protocolo reduziu significativamente os tempos entre admissão e recanalização, aumentou a taxa de recanalização (92,13% vs. 80,53%), melhorou a recuperação neurológica (NIHSS menor após o tratamento), aumentou a taxa de sucesso terapêutico (90,55% vs. 79,65%) e

				emergência.	elevou a satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem (90,55% vs. 73,45%).
Yin, Qi & Jing, 2021	China	Avaliar o impacto da cooperação padronizada de enfermagem na trombólise intravenosa com rt-PA em pacientes com AVC isquêmico agudo.	Estudo quase experimental comparativo.	Hospital Popular do Condado de Dongping, Província de Shandong, China. Foram avaliados 235 pacientes com AVC isquêmico agudo submetidos à trombólise intravenosa com rt-PA entre junho de 2019 e junho de 2020. O grupo controle (n=101) recebeu cuidados convencionais e o grupo intervenção (n=134) recebeu cooperação padronizada de enfermagem.	A cooperação padronizada de enfermagem reduziu significativamente os tempos do atendimento trombolítico, aumentou a proporção de pacientes tratados precocemente, melhorou a recuperação neurológica (menor NIHSS), reduziu complicações e aumentou a satisfação com a assistência de enfermagem. Os autores concluíram que a estratégia é eficaz para reduzir atrasos terapêuticos e melhorar os resultados clínicos em pacientes com AVC isquêmico agudo.
Fochesatto <i>et al.</i> , 2024.	Caxias do Sul e Brasil	Identificar as competências do enfermeiro no cuidado aos pacientes com AVC isquêmico elegíveis à terapia trombolítica.	Revisão integrativa da literatura.	Foram analisados estudos que abordavam competências assistenciais, gerenciais e educacionais do enfermeiro no atendimento ao AVC isquêmico.	As competências do enfermeiro foram agrupadas em três eixos: assistenciais, gerenciais e educacionais. Destacaram-se a monitorização neurológica e hemodinâmica, ativação do código AVC, coordenação do fluxo assistencial, obtenção de acesso venoso, realização e agilização de exames diagnósticos, administração do rt-PA, vigilância para sangramentos, educação de pacientes/familiares e capacitação contínua da equipe. Os autores concluem que esses achados podem subsidiar a elaboração de protocolos e bundles para aprimorar a prática clínica.
Brandão, Lanzoni & Pinto, 2023	Brasil	Compreender barreiras e facilitadores do atendimento ao paciente com AVC agudo na Rede de Atenção às Urgências e	Estudo qualitativo	Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Salvador (Bahia), envolvendo SAMU, duas Unidades de	Os achados evidenciaram fragmentação da rede assistencial, ausência ou baixa incorporação dos protocolos de AVC, falhas de comunicação entre

		Emergências.		Pronto Atendimento (UPA) e hospital de referência para AVC. Participaram 75 profissionais de saúde (47 enfermeiros e 28 médicos).	serviços, dificuldades regulatórias, insuficiência de leitos e necessidade de capacitação profissional. Como facilitadores, destacaram-se a pré-notificação hospitalar, atuação das Unidades de AVC, trabalho colaborativo e padronização dos fluxos assistenciais.
Sampaio <i>et al.</i> , 2022	Brasil	Identificar fatores associados ao tempo de chegada precoce ao hospital em pacientes com AVC isquêmico.	Estudo observacional analítico.	Pacientes com AVC isquêmico atendidos em hospital de referência em neurologia na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.	Os fatores associados à chegada precoce foram: residir na mesma cidade do hospital de referência, procurar atendimento em até 30 minutos após o início dos sintomas, reconhecer os sinais de AVC, utilizar transporte particular/táxi e procurar inicialmente o hospital de referência. Apesar de 71,4% dos pacientes chegarem dentro da janela terapêutica de 4,5 horas, apenas 36,8% receberam trombólise intravenosa. Os autores destacam a necessidade de educação em saúde, fortalecimento da rede assistencial, capacitação profissional e melhoria dos fluxos pré e intra-hospitalares.
De Vicente, 2021.	Argentina	Descrever os cuidados de enfermagem relacionados ao uso e à administração do rtPA em pacientes com AVC isquêmico agudo.	Revisão narrativa	Assistência hospitalar ao paciente com AVC isquêmico agudo elegível para trombólise intravenosa com rtPA.	O enfermeiro desempenha papel fundamental na avaliação inicial, seleção de pacientes elegíveis, obtenção de acesso vascular, monitorização clínica e neurológica, administração segura do rtPA, vigilância para sangramentos, controle hemodinâmico, prevenção de complicações respiratórias, nutricionais e relacionadas à imobilidade. O artigo reforça a necessidade de equipe capacitada e monitorização rigorosa durante e após a trombólise.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Os estudos analisados na revisão da literatura evidenciaram que a assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) submetido à trombólise envolve um conjunto de intervenções sistematizadas que abrangem desde a admissão hospitalar até o período pós-tratamento. Nesse contexto, Castiblanco Montañez *et al.*, (2022) identificaram que a monitorização da pressão arterial, a vigilância neurológica contínua, a administração segura da alteplase e a prevenção de complicações hemorrágicas constituem ações essenciais para a segurança do paciente durante todo o processo terapêutico. As intervenções descritas evidenciam a importância da sistematização dos cuidados de enfermagem durante todas as etapas da trombólise intravenosa.

O estudo desenvolvido por Zhang *et al.*, (2021) demonstrou que a implementação de um percurso estruturado de enfermagem para pacientes com AVC isquêmico submetidos à tromboectomia mecânica resultou em redução dos tempos relacionados ao atendimento e à recanalização vascular, além de melhora dos desfechos neurológicos e da satisfação dos pacientes. Entre as intervenções identificadas destacaram-se a formação de equipes especializadas, o gerenciamento de materiais e medicamentos, a monitorização clínica contínua e a padronização dos cuidados pré, intra e pós-procedimento. Os resultados demonstram que a organização estruturada da assistência está associada à melhoria dos desfechos clínicos e à maior eficiência no atendimento ao paciente com AVC isquêmico.

De forma semelhante, Yin e Jing (2021) verificaram que a adoção de um modelo de cooperação padronizada de enfermagem em pacientes submetidos à trombólise intravenosa com rt-PA contribuiu para a redução do tempo de atendimento, aumento da taxa de trombólise precoce, melhora da recuperação neurológica e diminuição de complicações. Os autores destacaram a relevância da capacitação da equipe, da utilização de protocolos de triagem rápida, da organização de kits de trombólise e da coordenação interprofissional para otimizar o cuidado prestado. Os achados evidenciam que a padronização das ações de enfermagem favorece a agilidade do atendimento e a redução de complicações relacionadas ao tratamento.

No que se refere às competências profissionais necessárias para o cuidado ao paciente elegível à terapia trombolítica, Fochesatto *et al.*, (2024) identificaram atribuições assistenciais, gerenciais e educacionais desempenhadas pelo enfermeiro. Entre as competências descritas destacaram-se a avaliação neurológica, a aplicação da escala NIHSS, a obtenção de acesso venoso, a administração do rt-PA, a monitorização hemodinâmica, a vigilância para hemorragias e a educação de pacientes e familiares. As competências identificadas abrangem dimensões assistenciais, gerenciais e educativas consideradas imprescindíveis para a qualidade e a segurança do cuidado ao paciente trombolisado.

Os achados apresentados por Brandão, Lanzoni e Pinto (2023) evidenciaram que fatores organizacionais influenciam diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes com AVCi na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Foram identificadas fragilidades relacionadas à fragmentação da rede assistencial, falhas de comunicação entre os serviços, insuficiência de protocolos específicos e necessidade de capacitação permanente dos profissionais. Em contrapartida, a existência de fluxos organizados, pré-notificação hospitalar e integração entre os diferentes níveis de atenção mostrou-se favorável à otimização do cuidado. Embora não apresente cuidados clínicos específicos, o estudo destaca fatores organizacionais relevantes para o fortalecimento da assistência ao paciente com AVC isquêmico.

Em relação ao acesso oportuno ao tratamento trombolítico, Sampaio *et al.*, (2022) identificaram fatores associados à chegada precoce dos pacientes ao hospital de referência. Entre os aspectos relacionados ao atendimento dentro da janela terapêutica destacaram-se a procura rápida por assistência médica após o início dos sintomas, o reconhecimento precoce dos sinais de AVC e a utilização de transporte adequado para acesso ao serviço especializado. Os autores observaram que, apesar da maioria dos pacientes chegar ao hospital dentro do período recomendado para trombólise, apenas uma parcela recebeu efetivamente o tratamento, evidenciando a necessidade de aprimoramento dos fluxos assistenciais e da organização da rede de atenção, esses resultados ressaltam a importância do reconhecimento precoce dos sintomas e da articulação eficiente da rede assistencial para ampliar o acesso ao tratamento trombolítico.

O estudo de De Vicente (2021) descreveu detalhadamente os cuidados de enfermagem relacionados à utilização do rt-PA em pacientes com AVCi agudo. As intervenções incluíram avaliação pré-trombólise por meio de escalas neurológicas, análise dos critérios de elegibilidade, obtenção de acesso vascular, coleta de exames laboratoriais, administração segura da medicação e monitorização contínua durante e após o procedimento. Além disso, foram destacadas ações voltadas à vigilância de hemorragias, controle hemodinâmico, prevenção de complicações respiratórias, nutricionais e relacionadas à imobilidade. O conjunto de intervenções descritas reforça o papel do enfermeiro na segurança do tratamento e na prevenção de complicações durante a hospitalização.

De maneira geral, os estudos analisados convergem ao demonstrar que a assistência de enfermagem ao paciente com AVCi submetido à trombólise deve ser pautada em protocolos estruturados, monitorização clínica rigorosa, capacitação profissional contínua e integração multiprofissional. A padronização de ações relacionadas à avaliação neurológica,

administração segura do rt-PA, vigilância de complicações, organização dos fluxos assistenciais e educação em saúde foi apontada como estratégia capaz de promover maior segurança e qualidade do cuidado (Castiblanco Montañez *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2021; Yin; Jing, 2021; Fochesatto *et al.*, 2024; De Vicente, 2021). Dessa forma, os achados reunidos oferecem suporte científico consistente para a elaboração de um Protocolo Operacional Padrão destinado ao atendimento hospitalar de pacientes com AVC isquêmico submetidos à terapia trombolítica.

### **5.1 Etapas do Desenvolvimento**

O estudo foi desenvolvido seguindo etapas sequenciais e interdependentes, de modo a garantir a construção sistematizada e fundamentada do POP, alinhado às evidências científicas e às necessidades assistenciais no contexto do manejo do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.

A partir da análise dos estudos selecionados, foi realizado o planejamento do conteúdo do protocolo, contemplando as principais etapas do atendimento ao paciente com diagnóstico de AVCi, desde a triagem até os cuidados pós-diagnóstico.

Nessa fase, as informações foram organizadas de forma lógica e sequencial, com o intuito de estruturar um fluxo assistencial coerente, alinhado às demandas clínicas e às recomendações da literatura, o que possibilitou maior clareza e aplicabilidade do referido protocolo.

Com base no conteúdo previamente estruturado, foi proposto o Protocolo Operacional Padrão, contemplando a descrição detalhada das condutas assistenciais, definição das responsabilidades da equipe de enfermagem, bem como a organização do fluxo de atendimento ao paciente com AVCi.

O protocolo foi estruturado de forma sistematizada e objetiva, visando facilitar sua utilização na prática clínica, promover a padronização da assistência e contribuir para a redução da variabilidade das condutas, consolidando-se como instrumento de apoio ao processo de trabalho em saúde.

### **5.2 Protocolo Operacional Padrão (POP) para manejo da assistência de enfermagem em pacientes com diagnóstico de AVCi**

Como produto deste estudo, foi desenvolvido um Protocolo Operacional Padrão (POP) direcionado à equipe de enfermagem para o manejo assistencial de pacientes com AVCi, estruturado com base nas evidências científicas analisadas e no fluxograma assistencial

previamente elaborado. O protocolo contempla etapas sistematizadas de avaliação, monitorização e intervenção, com o objetivo de padronizar a assistência e qualificar o cuidado prestado.

A estrutura final foi composta pelos seguintes tópicos:

- **Capa:** Identificação do documento, contendo título, instituição, setor responsável, data de elaboração e versão do protocolo.
- **Apresentação:** Introdução ao POP, contextualizando sua importância para a padronização da assistência de enfermagem ao paciente com AVCi..
- **Objetivo:** Descreve a finalidade do protocolo, estabelecendo as metas e os resultados que se pretende alcançar com sua implementação.
- **Justificativa:** Apresenta os motivos para a elaboração do POP, destacando a relevância do AVC como problema de saúde pública e a necessidade de uma assistência organizada e segura.
- **Resultados Esperados:** Definem os benefícios esperados com a aplicação do protocolo, como redução do tempo de atendimento, melhoria da qualidade assistencial e aumento da segurança do paciente.
- **Executantes:** Identifica os profissionais responsáveis pela execução das atividades descritas no POP.
- **Público-Alvo:** Especifica os pacientes e profissionais que serão beneficiados ou envolvidos na aplicação do protocolo.
- **Abrangência:** Determina os setores e serviços onde o POP deverá ser aplicado, desde o atendimento inicial até a continuidade do cuidado.
- **Definição do AVC:** Apresenta os conceitos fundamentais sobre o Acidente Vascular Cerebral, com ênfase no AVCi, suas características e manifestações clínicas.
- **Competências da Equipe de Enfermagem:** Descreve as atribuições e responsabilidades da equipe de enfermagem durante todas as etapas do atendimento ao paciente com AVC.
- **Materiais e Recursos:** Relaciona os materiais, equipamentos, medicamentos e recursos necessários para a assistência adequada ao paciente.
- **Escalas Utilizadas no Atendimento ao AVCi:** Apresenta os instrumentos de avaliação clínica utilizados para identificação, monitoramento e classificação da gravidade do AVC.

- **Descrição Operacional do Processo:** Detalha passo a passo as atividades e condutas a serem executadas pela equipe durante o atendimento ao paciente com suspeita ou diagnóstico de AVCi..
- **Fluxo de Atendimento ao AVCi/Cuidados de Enfermagem:** Demonstra de forma organizada a sequência do atendimento e os cuidados de enfermagem necessários em cada etapa do processo assistencial.
- **Processo de Enfermagem:** Apresenta a aplicação das etapas do Processo de Enfermagem: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos cuidados.
- **Conceitos-Chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS:** Descreve os principais conceitos relacionados à segurança do paciente, visando prevenir incidentes e promover uma assistência segura e de qualidade.
- **Indicadores:** Estabelece parâmetros para monitorar e avaliar a efetividade do protocolo e a qualidade da assistência prestada.
- **Fatores Associados ao Risco de AVC e Medidas Preventivas:** Apresenta os principais fatores de risco modificáveis e não modificáveis para o AVC, bem como estratégias de prevenção e promoção da saúde.
- **Considerações Finais:** Síntese dos aspectos abordados no protocolo, reforçando sua importância para a qualificação da assistência de enfermagem e para a melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes com AVC isquêmico.
- **Referências:** Reúne todas as fontes científicas, legislações, diretrizes, protocolos institucionais e documentos técnicos utilizados na elaboração do POP, garantindo embasamento teórico e confiabilidade das informações apresentadas.
- **Apêndices:** Contém materiais elaborados pelos próprios autores do POP para complementar o documento, como formulários, checklists, fluxogramas, instrumentos de coleta de dados e materiais educativos.
- **Anexos:** Inclui documentos complementares que não foram produzidos pelos autores, mas que auxiliam na compreensão e aplicação do protocolo, como escalas validadas, normas técnicas, portarias, diretrizes ministeriais e outros documentos de referência.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização da literatura

O AVCi agudo é amplamente reconhecido como uma emergência neurológica tempo-dependente, na qual a rapidez na identificação dos sinais clínicos e a instituição precoce da terapia trombolítica intravenosa com ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) são determinantes para a redução da mortalidade e da incapacidade funcional. A literatura evidencia que a efetividade do tratamento está diretamente relacionada ao tempo de início dos sintomas, sendo a janela terapêutica de até 4,5 horas um fator crítico para a elegibilidade à trombólise (Sampaio *et al.*, 2026; Yin *et al.*, 2021). Nesse cenário, Kumar *et al.*, (2025) reforçam que a organização do atendimento e a atuação da enfermagem em fluxos estruturados são fundamentais para reduzir atrasos em etapas iniciais do cuidado, contribuindo para maior eficiência no manejo do AVC isquêmico.

No contexto da assistência intra-hospitalar, observa-se que a atuação da enfermagem exerce papel central na triagem, identificação precoce do AVC e encaminhamento adequado para terapia trombolítica. Sampaio *et al.*, (2026) destacam que o enfermeiro é um dos principais profissionais envolvidos na triagem inicial, sendo responsável por reconhecer sinais e sintomas e agilizar o acesso ao tratamento. De forma complementar, Fochesatto *et al.*, (2024). evidenciam que o cuidado ao paciente elegível à trombólise exige competências técnicas e clínicas, além da aplicação sistematizada da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), reforçando a necessidade de padronização das condutas para garantir segurança e qualidade assistencial.

A literatura também aponta que a administração do rt-PA exige rigor técnico e monitorização contínua, devido ao risco de complicações hemorrágicas associadas ao tratamento. Nesse sentido, De Vicente (2021) enfatiza que o enfermeiro desempenha papel fundamental na avaliação de riscos, preparo, administração e vigilância pós-trombólise, sendo a padronização das ações uma estratégia essencial para minimizar eventos adversos. Corroborando essa perspectiva, Yin *et al.*, (2021) e Olson *et al.*, (2022) demonstram que a implementação de protocolos de enfermagem e fluxos padronizados está associada à melhoria de indicadores de tempo e organização do cuidado, embora os resultados variem conforme a estrutura institucional e a integração entre os serviços.

Adicionalmente, Brandão; Lanzoni; Pinto (2023) e Sampaio *et al.*, (2026) ressaltam que o cuidado ao paciente com AVC não se limita ao ambiente hospitalar, sendo influenciado pela organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, pelo acesso aos serviços e pelo tempo de chegada ao hospital. Enquanto Brandão; Lanzoni; Pinto (2023) enfatizam a necessidade de articulação entre os diferentes pontos da rede, Sampaio *et al.*, evidenciam que atrasos pré-hospitalares impactam diretamente a elegibilidade para trombólise e os desfechos

clínicos. Dessa forma, observa-se que a efetividade do cuidado depende tanto da organização sistêmica quanto da atuação qualificada da enfermagem. Nesse contexto, a implementação de um Protocolo Operacional Padrão de Enfermagem contribui para a padronização das condutas, redução da variabilidade assistencial, qualificação do fluxo de atendimento e promoção da segurança do paciente, fortalecendo a linha de cuidado no AVC isquêmico.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção de um Protocolo Operacional Padrão para o manejo assistencial de enfermagem ao paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico mostrou-se uma estratégia relevante para a organização e qualificação do cuidado no ambiente hospitalar. O estudo possibilitou sistematizar, com base em evidências científicas, as principais condutas assistenciais voltadas ao atendimento desses pacientes, contribuindo para a padronização das práticas e maior segurança na assistência.

Diante dos objetivos propostos, destaca-se que foi possível descrever os principais aspectos clínicos relacionados ao AVCi, identificar evidências atualizadas para o manejo inicial e estruturar um fluxo assistencial que orienta a atuação da equipe de enfermagem desde a admissão até a condução terapêutica e reabilitação. Nesse contexto, o protocolo elaborado configura-se como uma ferramenta potencial para reduzir atrasos assistenciais e otimizar os desfechos clínicos.

Ressalta-se o papel fundamental da equipe de enfermagem na identificação precoce dos sinais e sintomas do paciente, no monitoramento contínuo e na implementação das intervenções iniciais, especialmente em uma condição tempo-dependente como o AVC. Assim, a utilização de instrumentos normativos, como o POP, fortalece a prática baseada em evidências e contribui para uma assistência mais segura e organizada.

Além disso, o estudo reforça a importância da educação permanente e da capacitação profissional como elementos essenciais para a efetiva implementação do protocolo, bem como para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado.

Como limitação, destaca-se que o protocolo desenvolvido não foi submetido à validação prática em campo, o que restringe a avaliação de sua aplicabilidade e efetividade no contexto real dos serviços de saúde. Dessa forma, recomenda-se a realização de estudos futuros que promovam a validação do instrumento, sua implementação em diferentes cenários assistenciais e a análise de seus impactos nos indicadores clínicos e assistenciais relacionados ao AVC.

Por fim, espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento da assistência de enfermagem no cuidado ao paciente com AVC isquêmico, além de subsidiar novas pesquisas e práticas voltadas à melhoria da qualidade da atenção em saúde.

## 8. CRONOGRAMA

<b>Atividade realizadas</b>	<b>Mar 2026</b>	<b>Abr 2026</b>	<b>Mai 2026</b>	<b>Jun 2026</b>	<b>Jul 2026</b>
Escolha do tema	X				
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	
Elaboração da introdução e justificativa		X			
Construção da metodologia		X			
Desenvolvimento do Protocolo Operacional Padrão para atendimento ao Acidente Vascular Cerebral Isquêmico			X		
Revisão crítica do protocolo elaborado			X		
Redação final do trabalho			X		
Defesa				X	
Encaminhamento para submissão/publicação					X

## 9. ORÇAMENTO

<b>Categoria Orçamentária</b>	<b>Especificação da Categoria</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Custo Estimado (R\$)</b>
Impressão e Encadernação	Impressão das versões preliminar e final do TCC para a defesa.	Requisito para a disciplina e apresentação à banca examinadora.	R\$100,00
Material de Escritório	Papel, canetas, pen drive (para backup e entrega de materiais).	Suporte geral às atividades de pesquisa e escrita.	R\$50,00
Impressão do POP	Impressão da versão final do POP.	Requisito para a disciplina e apresentação à banca examinadora.	R\$50,00

<b>Total Estimado</b>	<b>R\$ 200,00</b>
-----------------------	-------------------

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Paloma de Castro; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao00061>. Acesso em: 08 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto: AVC agudo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-agudo/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-agudo/). Acesso em: 8 abr. 2026.

CASTIBLANCO MONTAÑEZ, Ruth *et al.* Cuidados de enfermería para reducir el riesgo de hemorragia en pacientes con trombolisis por ICTUS isquémico. **Salud Uninorte**, v. 38, n. 02, p. 628-647, 1 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.14482/sun.38.2.610.736>. Acesso em: 07 jun. 2026.

CONDE, C.; DUARTE, H. Cuidados de enfermagem ao doente com acidente vascular cerebral em fase aguda. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, v. 6, n. 2, 2024. Acesso em: 30 mar. 2026.

DA COSTA, A. *et al.* Caracterização e funcionalidade de indivíduos atendidos em uma unidade de AVC do planalto norte de Santa Catarina (Brasil). *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 57, n. 1, 2024. Acesso em: 8 abr. 2026.

DA CRUZ JARDIM, J. *et al.* Estratégias de ensino voltadas à assistência de enfermagem no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 13, p. e51, 2023. Acesso em: 28 mar. 2026.

DE VICENTE, Luciano A. Uso y Administración del rtPA (activador tisular del plasminógeno): cuidados de enfermería. **Notas de Enfermería**, v. 21, n. 38, p. 34-42, 2 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.59843/2618-3692.v21.n38.35421>. Acesso em: 12 jun. 2026.

FOCHESATTO, Michele Marcon *et al.* Competências do enfermeiro no cuidado a pacientes com acidente vascular cerebral elegíveis à terapia trombolítica. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 46, 1 jan. 2024a. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.54196>. Acesso em: 10 abr. 2026.

KÜHL, Maria Eduarda *et al.* PAPEL DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, v. 9, n. 1, p. 57-66, 17 ago. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.31512/ricsb.v9i1.2010>. Acesso em: 07 jun. 2026.

KUMAR, Ashok *et al.* Effects of Stroke Nurse-Led Acute Stroke Management on Treatment Time Benchmarks, Intravenous Thrombolysis Rates, and Patient Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, p. 108216, dez. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2024.108216>. Acesso em: 06 jun. 2026.

LIMA, Josefa Nayara de *et al.* Teorias de enfermagem no cuidado ao paciente vítima de acidente vascular cerebral: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 5, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0791pt>. Acesso em: 06 jun. 2026.

LIMA, K. K. G. de. *Mortalidade e custos hospitalares de pacientes pós-acidente vascular cerebral no Sistema Único de Saúde: uma série temporal com análise de fatores associados*. 2025. Trabalho acadêmico. Acesso em: 28 mar. 2026.

MARTINS, L. C. *et al.* Avaliação dos fatores de risco da trombólise para AVC isquêmico no serviço de urgência. *Revista Foco*, v. 18, n. 8, p. e9602, 2025. Acesso em: 30 mar. 2026.

MORAES, M. de A. *et al.* Mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico e tempo de chegada a hospital: análise dos primeiros 90 dias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20220309, 2023. Acesso em: 7 abr. 2026.

MUNIZ, L. S. *et al.* Factors associated with decision time to seek care in the face of ischemic stroke. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20230075, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0075en>. Acesso em: 28 mar. 2026.

NITZ, A. K. *et al.* Construção e validação de protocolo operacional padrão de posicionamento prona em unidade de terapia intensiva. *Nursing (Edição Brasileira)*, v. 26, n. 296, p. 9296-9311, 2023. Acesso em: 10 abr. 2026.

NOLL, G. *Impacto da implementação do cuidado estruturado em unidade de AVC: estudo observacional longitudinal em um hospital público universitário no Sul do Brasil*. 2024. Acesso em: 8 abr. 2026.

OLSON, DaiWai M. *et al.* Outcomes From a Nursing-Driven Acute Stroke Care Protocol for Telehealth Encounters. **Journal of Emergency Nursing**, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.01.013>. Acesso em: 05 jun. 2026.

SAMPAIO, E. E. S. *et al.* FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE CHEGADA PRECOCE EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO. **Ciencia y Enfermería**, v. 28, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29393/ce28-26faec80026>. Acesso em: 30 mar. 2026.

SANTOS, D. C. dos *et al.* Implementação dos protocolos básicos de segurança do paciente: projeto de melhoria da qualidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 45, p. e20230312, 2024. Acesso em: 8 abr. 2026.

SIMÃO, S. S. *et al.* Hábitos de vida e suas implicações no prognóstico do paciente pós-AVC. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 5664-5679, 2024. Acesso em: 28 mar. 2026.

SAÚDE DIRETA. *Alteplase*. Disponível em: [www.saudedireta.com.br/docsupload/1340799914Alteplase.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340799914Alteplase.pdf). Acesso em: 29 maio 2026.

SZYMANSKI, P. *et al.* Trombólise endovenosa em acidente vascular cerebral isquêmico: uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, v. 29, 2021. Acesso em: 28 mar. 2026.

YIN, Chunhong; QI, Li; JING, Xia. Effect of standardized nursing cooperation on intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke. *American Journal of Translational Research*, v. 13, n. 10, p. 11925-11931, 15 out. 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8581870/>. Acesso em: 30 maio 2026.

ZHANG, T et al., 2021. Establishment of emergency-nursing pathway of interventional thrombectomy in acute ischemic stroke. *Am J Transl Res.*, v.13, n. 10, 15 out. 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8581842/>. Acesso em: 30 mai. 2026.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A- PROTOCOLO DO MANEJO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM  
AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO NO  
AMBIENTE HOSPITALAR.**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO**

**PROTOCOLO DO MANEJO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE  
COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO NO AMBIENTE  
HOSPITALAR**

**Natal/RN**

**2026**

**Elaborado por:** Diandra Camila Henrique da Silva e Júlia Danielle de Medeiros Leão - Graduandas em Enfermagem pelo Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

## 1. Apresentação

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) configura-se como uma das principais causas de morbimortalidade em nível mundial, sendo reconhecido como um relevante problema de saúde pública (Simão *et al.*, 2024). Trata-se de uma condição aguda frequentemente associada a déficits neurológicos permanentes, com importantes repercussões funcionais, sociais e econômicas para o indivíduo e sua rede de cuidado. Nesse contexto, observa-se que grande parte dos pacientes evolui com algum grau de dependência para a realização de atividades da vida diária, evidenciando o impacto significativo dessa condição e a necessidade de compreensão de suas diferentes formas clínicas (Muniz *et al.*, 2023).

Do ponto de vista clínico, o AVC pode ser classificado em isquêmico (AVCi), responsável pela maioria dos casos, e hemorrágico (AVCh) (Szymanski *et al.*, 2021). O AVCi decorre da obstrução do fluxo sanguíneo cerebral, enquanto o AVCh resulta do rompimento de um vaso, frequentemente associado a malformações vasculares ou aneurismas (Lima *et al.*, 2025). Ambas as formas apresentam elevada gravidade e manifestações clínicas heterogêneas, como déficit motor súbito, alterações da fala, distúrbios visuais e rebaixamento do nível de consciência, variando conforme a área cerebral acometida (Da Cruz Jardim *et al.*, 2023). Destaca-se que o manejo do AVC é altamente tempo-dependente, fundamentado na premissa de que “tempo é cérebro”, uma vez que a rápida identificação e intervenção influenciam diretamente o prognóstico do paciente (Martins *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, a assistência ao paciente com AVC exige uma abordagem rápida, qualificada e sistematizada, especialmente por parte da equipe de enfermagem, que desempenha papel fundamental na identificação precoce, monitoramento e condução do cuidado (Conde *et al.*, 2024; Fochesatto *et al.*, 2024). A ausência de protocolos assistenciais padronizados pode comprometer a qualidade da assistência e aumentar o risco de complicações. Assim, a implementação de instrumentos normativos, como os Protocolos Operacionais Padrão (POP), torna-se essencial para organizar o processo de trabalho, padronizar condutas e promover uma assistência mais segura, eficaz e baseada em evidências, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes (Nitz *et al.*, 2023).

Nesse contexto, torna-se essencial a implementação de protocolos assistenciais sistematizados que orientem a identificação precoce dos sinais e sintomas do Acidente

Vascular Cerebral, bem como a adoção de condutas terapêuticas oportunas e eficazes, contribuindo para a redução do tempo de resposta, minimização de sequelas neurológicas e melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

## **2. Objetivo**

Padronizar o atendimento às pessoas com suspeita ou diagnóstico de AVCi no ambiente hospitalar, por meio da organização do fluxo assistencial, definição de condutas e atribuições da equipe, visando à identificação precoce, início oportuno do tratamento e redução de complicações e sequelas.

## **3. Justificativa**

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do AVCi, ainda persistem desafios relacionados à organização da assistência e à efetividade das práticas clínicas no contexto dos serviços de saúde. Fatores como atraso no reconhecimento dos sinais, falhas na comunicação entre equipes e ausência de fluxos bem definidos podem comprometer o tempo de resposta e, conseqüentemente, influenciar negativamente os desfechos clínicos dos pacientes (Morais *et al.*, 2023).

Nesse cenário, evidencia-se a necessidade de estratégias que favoreçam a padronização do cuidado, especialmente em condições tempo-dependentes como o AVC. A variabilidade nas condutas assistenciais e a ausência de diretrizes operacionais claras podem resultar em inconsistências no atendimento, dificultando a tomada de decisão e aumentando o risco de complicações evitáveis, mesmo diante da existência de terapias eficazes (Martins *et al.*, 2025).

A atuação da equipe de enfermagem destaca-se como elemento central na organização desse cuidado, uma vez que está diretamente envolvida na identificação precoce, monitoramento contínuo e execução das intervenções. No entanto, para que essa atuação ocorra de forma segura e resolutiva, faz-se necessária a utilização de instrumentos que orientem e sistematizem as práticas assistenciais, alinhando-as aos princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do cuidado baseado em evidências (Conde *et al.*, 2024; Fochesatto *et al.*, 2024).

Dessa forma, a elaboração de um Protocolo Operacional Padrão (POP) justifica-se como uma estratégia fundamental para organizar o processo de trabalho, reduzir a

variabilidade das condutas e otimizar o tempo de resposta no atendimento ao paciente com AVCi. Além de contribuir para a segurança do paciente, esse instrumento favorece a qualificação da assistência e a melhoria dos desfechos clínicos, promovendo um cuidado mais eficiente, padronizado e centrado nas necessidades do paciente (Nitz *et al.*, 2023).

#### **4. Resultados Esperados**

Espera-se, com a implementação deste protocolo, otimizar o atendimento às pessoas com suspeita ou diagnóstico de AVCi, promovendo a identificação precoce dos sinais e sintomas e o início oportuno das condutas terapêuticas. Pretende-se reduzir o tempo de resposta da equipe, minimizar complicações e sequelas neurológicas, além de qualificar a assistência prestada e fortalecer a segurança do paciente no ambiente institucional.

#### **5. Executantes**

Equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, responsáveis pela avaliação, monitorização e condução terapêutica no ambiente institucional de acordo com suas competências técnicas e atribuições profissionais.

#### **6. Público-alvo**

Pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de AVCi atendidos no ambiente hospitalar.

#### **7. Abrangência**

Aplica-se à equipe de enfermagem atuante dos seguintes setores:

- Pronto Atendimento;
- Sala Vermelha;
- Unidade de AVC;
- Unidade de Terapia Intensiva;
- Clínica Médica;

## 8. Definição do AVC

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como um déficit neurológico focal ou global de início súbito, com duração superior a 24 horas (ou levando à morte), de origem vascular (WHO, 1978).

### 8.1 Tipos de AVC

O AVC pode ser classificado em dois tipos principais, de acordo com sua fisiopatologia: hemorrágico e isquêmico, como pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1 - Classificação do AVC

<b>Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi)</b>	<b>Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh)</b>
Caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral, o que compromete o fornecimento de oxigênio às células nervosas, levando à sua morte. Essa obstrução pode ser causada pela formação de um trombo no próprio vaso (trombose) ou pela migração de um êmbolo proveniente de outra região do corpo (embolia). Esse tipo é o mais prevalente, correspondendo à maioria dos casos de AVC.	Ocorre em decorrência da ruptura de um vaso sanguíneo cerebral, resultando em extravasamento de sangue. Essa hemorragia pode ocorrer no interior do tecido cerebral ou no espaço entre o cérebro e as meninges. Embora corresponda a uma menor proporção dos casos, apresenta maior gravidade e está mais frequentemente associado a desfechos fatais.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022. Elaborado pelos autores, 2026.

### 8.2 Acidente Vascular Isquêmico (AVCi)

Trata-se de um tipo de AVC caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, geralmente devido à obstrução de uma artéria, resultando em isquemia e possível infarto do tecido cerebral (WHO, 1978).

### 8.3 Causa do AVC Isquêmico

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o AVCi divide-se em quatro subgrupos, com causas distintas:

- AVC isquêmico aterotrombótico: provocado por doença que causa formação de placas nos vasos sanguíneos maiores, provocando a oclusão do vaso sanguíneo ou formação de êmbolos.
- AVC isquêmico cardioembólico: ocorre quando o êmbolo causador do derrame parte do coração.
- AVC isquêmico de outra etiologia: é mais comum em pessoas jovens e pode estar relacionado a distúrbios de coagulação no sangue.
- AVC isquêmico criptogênico: ocorre quando a causa do AVC isquêmico não foi identificada, mesmo após investigação detalhada pela equipe médica.

#### **8.4 Principais Critérios de Suspeita**

Segundo a Sociedade Brasileira de AVC (SBAVC), os sintomas são de início repentino podendo apresentar:

- Perda de força ou sensação de dormência na face, braço ou perna, principalmente em um dos lados do corpo;
- Assimetria facial, com desvio da boca ou dificuldade para sorrir;
- Alteração do estado mental, dificuldade para falar ou fala incompreensível;
- Mudança súbita da visão, como visão borrada ou duplicada, em um ou ambos os olhos;
- Comprometimento repentino do equilíbrio ou da coordenação motora, tontura ou dificuldade para caminhar;
- Cefaleia intensa de início súbito, sem episódios semelhantes prévios.

#### **8.5 Diagnóstico por Exames de Imagem (Brasil, 2022)**

- Tomografia Computadorizada (TC): é o exame de imagem mais utilizado na avaliação inicial do AVCi, devido à sua ampla disponibilidade, rapidez e menor custo. Esse método permite identificar sinais precoces de isquemia nas primeiras horas do início dos sintomas, além de apresentar boa capacidade para detecção de hemorragias, sendo fundamental na diferenciação entre AVC isquêmico e hemorrágico.
- Ressonância Magnética (RM): apresenta maior sensibilidade e precisão na identificação e localização da lesão cerebral, especialmente com o uso de técnicas de difusão e perfusão. Entretanto, seu tempo de realização mais prolongado pode limitar

sua utilização imediata, principalmente em situações em que a rapidez na decisão terapêutica, como na indicação de trombólise, é necessária.

### 8.6 Exames Complementares frente à suspeita de AVC (Brasil, 2022)

- Eletrocardiografia de repouso;
- Glicemia capilar;
- Hemograma completo (com contagem de plaquetas);
- Tempo de protrombina com medida do RNI (razão internacional normalizada);
- Tempo parcial de tromboplastina ativada (TTPA);
- Níveis séricos de potássio, sódio, ureia e creatinina, e troponina.

## 9. Competências da Equipe de Enfermagem

Quadro 2 - Quadro de Competências da Equipe de Enfermagem

Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"><li>● Acolhimento e classificação;</li><li>● Aplicação de escalas;</li><li>● Acionamento do protocolo;</li><li>● Administração do Trombolítico</li><li>● Coordenação do cuidado;</li><li>● Supervisão da equipe;</li><li>● Registro assistencial;</li><li>● Monitorização neurológica.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Monitorização;</li><li>● Punção venosa;</li><li>● Coleta de exames;</li><li>● Controle glicêmico;</li><li>● Administração medicamentosa;</li><li>● Transporte seguro.</li></ul>

Fonte: Adaptado de FOCHESSATTO *et al.* (2024). Quadro elaborado pelos autores, 2026.

## 10. Materiais e Recursos para Monitorização do Paciente

- Monitor multiparamétrico;
- Oxímetro;
- Glicosímetro;
- Material para punção venosa;
- Bomba de infusão;
- Oxigenoterapia;
- Carrinho de emergência;

- Escalas neurológicas;
- Impressos de monitorização;
- Checklist de trombólise.

## **11. Escalas utilizadas no Atendimento ao AVCi**

A utilização de escalas padronizadas auxilia na avaliação clínica, monitorização da evolução neurológica e tomada de decisão terapêutica, contribuindo para uma assistência segura e baseada em evidências.

### **11.1 Escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)**

Escala utilizada para avaliar e quantificar os déficits neurológicos apresentados pelo paciente com AVC, auxiliando na determinação da gravidade do quadro, monitorização da evolução clínica e identificação precoce de deterioração neurológica. Usada na admissão, pré-trombólise, pós trombólise e deterioração neurológica (Anexo 1).

### **11.2 Escala de Rankin (Anexos 2 e 3)**

Realiza a avaliação funcional do paciente após AVC.

### **11.3. Escala de Cincinnati (Anexo 4)**

É um instrumento de triagem utilizado para identificar a suspeita de AVC, por meio da avaliação de três sinais clínicos:

- Assimetria Facial;
- Fraqueza dos Membros Superiores;
- Alteração da Fala.

### **11.4. Escala de Coma de Glasgow (Anexo 5)**

É usada para mensurar o nível de consciência dos pacientes na admissão e em casos de rebaixamento do nível de consciência. Composta pelos seguintes critérios:

- Abertura Ocular;
- Resposta Verbal;

- Resposta Motora;
- Resposta Pupilar.

### 11.5. Escala de Morse (Anexo 6)

É uma ferramenta que avalia o risco de queda do paciente adulto hospitalizado.

Composta por 6 critérios que avaliam o risco:

- Histórico de Quedas
- Diagnóstico Secundário
- Auxilia na Deambulação
- Terapia Endovenosa Salinizado ou Heparinizado
- Marcha
- Estado mental

### 11.6. Escala de Braden (Anexo 7)

Avalia o risco de o paciente apresentar risco de Lesão por Pressão (LP), composta por 6 critérios:

- Percepção Sensorial;
- Umidade;
- Atividade;
- Mobilidade;
- Nutrição;
- Fricção e Cisalhamento.

### 11.7 Aplicação das Escalas no Fluxo Assistencial

Quadro 3 - Fluxo Assistencial no Ambiente Hospitalar

<b>MOMENTO</b>	<b>ESCALA</b>
Admissão / Monitorização	Cincinnati / NIHSS
Rebaixamento do nível de consciência	Glasgow
Internação	Morse / Braden
Alta Hospitalar	Rankin

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

## **12. Descrição Operacional do Processo**

### **Na admissão:**

- Identificação do horário de início dos sintomas
- Sinais vitais
- Tomografia Computadorizada
- Glicemia capilar imediata
- Oxigenoterapia se necessário
- Monitor cardíaco
- Dois acessos venosos

### **Antes da Trombólise**

- Critérios de inclusão:
- AVCi em qualquer território encefálico;
- Dentro de 4,5 horas do início dos sintomas (caso apresente sintomas ao acordar deve-se considerar o último horário em que o paciente estava normal);
- TC de crânio sem hemorragias;
- Idade superior a 18 anos;
- Consentimento institucional.

### **Critérios de exclusão:**

- Uso de anticoagulantes;
- Uso de heparina nas últimas 48 horas;
- AVCi, IAM ou TCE grave nos últimos três meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana ou malformação vascular cerebral;
- Contagem de plaquetas menor que 100.000
- TC de crânio com hipodensidade precoce maior que  $\frac{1}{3}$  do território da artéria cerebral média;
- PA sistólica maior que 185 mmHg ou PA diastólica maior que 110 mmHg (com medição em 3 momentos durante 10 minutos de intervalo) que não reage a tratamento anti-hipertensivo;
- Melhora rápida dos sinais e sintomas;
- Déficits Neurológicos leves;

- Ter feito cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias;
- Punção arterial em sítio compressível nos últimos 7 dias;
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal nos últimos 21 dias;
- Glicemia menor que 50 mg/dl.

#### **Durante a Trombólise**

- Monitorização contínua;
- Realizar dois acessos venosos periféricos;
- Administrar trombolítico ( rt-PA na dose de 0,9mg/Kg com dose máxima de 90mg, com 10% da dose feita no primeiro minuto e o restante em 60 minutos em bomba de infusão contínua);
- Controle rigoroso da PA;
- Vigilância de sangramento;
- Avaliação neurológica seriada.

#### **Suspender a Trombólise se:**

- Sinal de sangramento;
- Diminuição do nível de consciência;
- Episódio convulsivo;
- PAS acima de 185 mmHg ou PAD acima de 105 mmHg, ou aumento repentino da PA;
- Ocorrência de vômitos;
- Aumento da pontuação da escala NIHSS.

#### **Suspeita de Sangramento durante trombólise:**

- Agravamento do déficit neurológico com aumento de 4 pontos no NIHSS;
- Presença de sinais de choque sem resposta adequada à reposição volêmica;
- Suspender infusão de rt-PA;
- Solicitar TC de crânio de Urgência;
- Realizar coleta de coagulograma, hematócrito (HT), tempo de protrombina (TP), TTPA e fibrinogênio;
- Em caso de sangramento, solicitar avaliação da neurocirurgia.

#### **Pós Trombólise**

- NIHSS seriado;

- Realizar TC de controle;
- Cabeceira elevada ( 0° ou 30°);
- Controle glicêmico;
- Controle térmico (manter menor que 37,8°C);
- Controle de PA (manter menor que 180/110 mmHg);
- Ofertar O2 se saturação menor que 92%;
- Manejo da disfagia;
- Prevenção de broncoaspiração;
- Prevenção de LPP;
- Prevenção TEV.

### **13. Fluxo de atendimento ao AVCi / Cuidados de Enfermagem**

#### **13.1 Avaliação inicial:**

- Identificar sinais e sintomas sugestivos de AVC;
- Verificar o horário de início dos sintomas;
- Avaliar nível de consciência;
- Verificar glicemia capilar;
- Avaliar permeabilidade das vias aéreas;
- Identificar risco de broncoaspiração;
- Avaliar presença de vômitos, alterações respiratórias e déficits neurológicos focais.

#### **13.2 Monitorização:**

- Monitorar pressão arterial;
- Monitorar frequência cardíaca;
- Monitorar saturação periférica de oxigênio;
- Monitorar temperatura corporal;
- Realizar monitorização cardíaca contínua;
- Monitorar glicemia capilar periodicamente;
- Avaliar sinais de deterioração neurológica;
- Monitorar controle hemodinâmico e metabólico;
- Observar alterações respiratórias e sinais de insuficiência ventilatória.

#### **13.3 Intervenções:**

- Manter paciente em decúbito com cabeceira a 0°;
- Elevar cabeceira a 30° em casos de vômitos;
- Garantir permeabilidade das vias aéreas;
- Administrar oxigenoterapia suplementar quando SpO<sub>2</sub> < 94%;
- Auxiliar em intubação orotraqueal quando indicada;
- Estabelecer acesso venoso periférico preferencialmente em membro não acometido;
- Auxiliar na administração de alteplase conforme prescrição médica;
- Realizar controle rigoroso da pressão arterial;
- Realizar controle glicêmico;
- Administrar antipiréticos quando temperatura > 37,5°C;
- Suspender dieta até avaliação da deglutição;
- Prevenir broncoaspiração;
- Realizar mudança de decúbito;
- Executar cuidados com a pele;
- Auxiliar na profilaxia para trombose venosa profunda;
- Auxiliar na administração de antiagregantes plaquetários e estatinas;
- Incentivar mobilização precoce e reabilitação multiprofissional.

#### **13.4 Encaminhamentos:**

- Encaminhar paciente para tomografia computadorizada;
- Auxiliar na realização de eletrocardiograma;
- Encaminhar para realização de exames laboratoriais;
- Encaminhar para doppler de carótidas;
- Encaminhar para avaliação da deglutição;
- Auxiliar na investigação etiológica;
- Acionar equipe multiprofissional;
- Encaminhar para unidade especializada quando necessário;
- Favorecer a continuidade da assistência e reabilitação.

#### **13.5 Metas Temporárias Assistenciais no Atendimento ao AVCi**

Considerando que o AVC isquêmico é uma emergência neurológica tempo-dependente, o cumprimento de metas temporais em cada etapa do atendimento é essencial para garantir maior efetividade terapêutica e melhores desfechos clínicos. Dessa

forma, recomenda-se o acompanhamento dos seguintes indicadores de tempo durante o fluxo assistencial ao paciente com suspeita ou diagnóstico de AVCi:

Quadro 4 - Indicadores do tempo de espera para o atendimento ao paciente com suspeita ou diagnóstico de AVCi

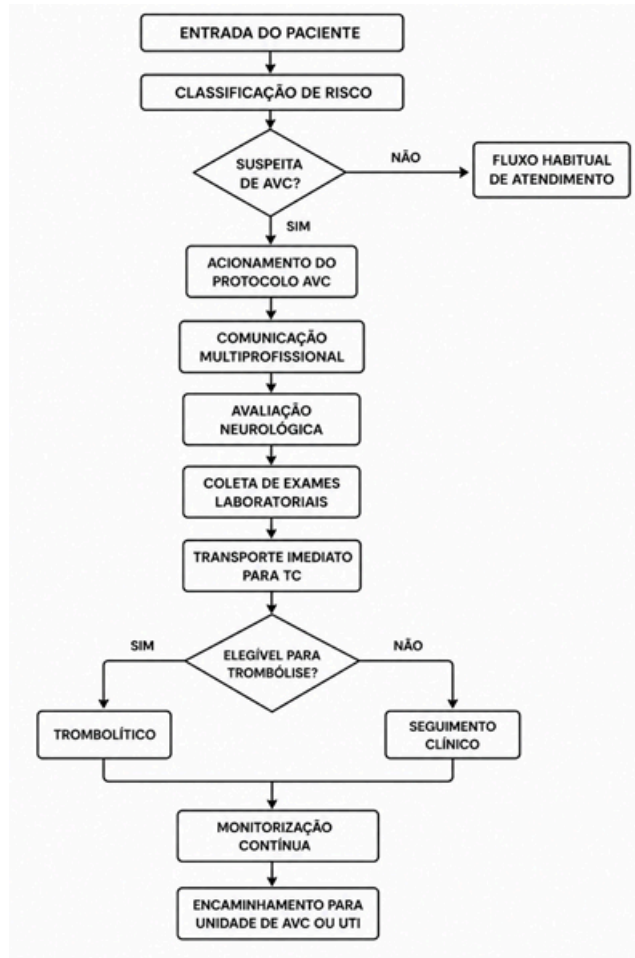
ETAPA	META
Chegada no serviço de emergência	Tempo zero
Sala de Urgência	≤ 10 min
Neurologista	≤ 30 min
Realização da TC	≤ 45 min
Início da trombólise (porta-agulha)	≤ 60 min

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

## 14. Fluxograma de Atendimento

Considerando que o AVCi constitui uma emergência neurológica tempo-dependente, na qual a rapidez e a organização do atendimento influenciam diretamente os desfechos clínicos, o fluxograma assistencial apresenta-se como uma ferramenta estratégica para padronização das condutas e otimização da tomada de decisão clínica. Esse instrumento organiza, de forma sequencial e objetiva, as etapas do atendimento ao paciente com suspeita de AVCi, desde a admissão até a implementação das intervenções terapêuticas, contribuindo para a redução de falhas no processo assistencial, melhoria da comunicação entre a equipe e maior segurança do paciente. Dessa forma, apresenta-se a seguir o fluxograma do atendimento ao paciente com suspeita de AVCi, com o objetivo de orientar a prática assistencial e garantir a execução de condutas baseadas em evidências.

### 14.1 Fluxograma de Atendimento do paciente com AVCi



Fonte: Adaptado de BRASIL (2013). Imagem gerada por ChatGPT, versão 5.5, maio, 2026.

## 15. Processo de Enfermagem

Por meio do Processo de Enfermagem (PE) o cuidado ao paciente com AVCi se torna sistematizado, conforme é preconizado pela Resolução COFEN nº 736/2024. A utilização do Processo de Enfermagem possibilita a identificação das necessidades do paciente, o planejamento das intervenções, a implementação dos cuidados e a avaliação contínua dos resultados alcançados, contribuindo para uma assistência segura, individualizada e baseada em evidências.

### 15.1 Avaliação de Enfermagem

Consiste na obtenção contínua e sistematizada de informações por meio da entrevista, exame físico, escalas validadas, exames complementares e protocolos institucionais, com a

finalidade de identificar as necessidades de saúde e subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem.

### **15.2 Diagnóstico de Enfermagem**

Corresponde à identificação das respostas humanas, problemas de saúde, fatores de risco, vulnerabilidades e potencialidades do paciente, fundamentada na análise clínica dos dados coletados durante a avaliação, orientando a tomada de decisão e o direcionamento do cuidado.

### **15.3 Planejamento de Enfermagem**

Refere-se à elaboração do plano assistencial, mediante a definição das prioridades de cuidado, dos resultados esperados e das intervenções necessárias para atender às necessidades identificadas, promovendo uma assistência individualizada, segura e baseada em evidências.

### **15.4 Implementação de Enfermagem**

Consiste na execução das intervenções, ações e cuidados previamente planejados, desenvolvidos pela equipe de enfermagem de acordo com suas competências técnicas e legais, visando à promoção, recuperação e manutenção da saúde do paciente.

### **15.5 Evolução de Enfermagem**

Compreende o registro e a análise contínua das respostas do paciente às intervenções realizadas, permitindo avaliar os resultados alcançados, identificar alterações clínicas e readequar o plano de cuidados sempre que necessário.

Quadro 5 – Principais Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I), Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem (NIC) para pacientes com AVC Isquêmico.

<b>Diagnóstico de Enfermagem (NANDA - I)</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções de Enfermagem (NIC)</b>
--	-----------------------------	---

Risco de Perfusão Cerebral Ineficaz	Melhora do estado neurológico e manutenção da perfusão cerebral adequada	Monitorar estado neurológico, pressão arterial média e manter níveis de glicose sérica dentro do limite normal
Risco de Aspiração	Manutenção da permeabilidade das vias aéreas e deglutição segura	Monitorar o nível de consciência, o reflexo de tosse, reflexo do vômito e capacidade de deglutir.
Risco de Quedas em Adultos	Ausência de quedas durante a internação	Monitorar o modo de andar, o equilíbrio e o nível de fadiga com a deambulação
Integridade da Pele Prejudicada	Manutenção da integridade da pele	Documentar o grau de degradação da pele, Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas.

Fonte: Adaptado de NANDA I (2021-2023) e NIC (3ª Edição). Quadro elaborado pelos autores, 2026.

A aplicação do PE no cuidado ao paciente com AVCi possibilita a prestação de uma assistência individualizada, segura e baseada em evidências, orientando o raciocínio clínico e a implementação de intervenções direcionadas às necessidades identificadas.

## 16. Conceitos-Chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS

A Segurança do Paciente é definida como: “a ausência de danos evitáveis ao paciente e a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde a um mínimo aceitável”. O serviço de saúde deve incorporar metas de segurança como:

- Identificação correta
- Comunicação efetiva
- Segurança medicamentosa
- Prevenção de quedas

- Prevenção de broncoaspiração
- Prevenção de infecção
- Prevenção de eventos hemorrágicos

## 17. Indicadores

Os indicadores assistenciais têm como finalidade monitorar a qualidade da assistência prestada, avaliar a adesão ao protocolo e subsidiar ações de melhoria contínua no cuidado ao paciente com AVC. Deverão ser avaliados trimestralmente pela coordenação da Unidade de AVC (UAVC).

Quadro 6 - Indicadores assistenciais

Indicador	Metas Recomendadas	Objetivo
Tempo porta-TC	$\leq 25$ minutos	Avaliar agilidade da TC
Tempo porta-agulha	$\leq 60$ minutos	Avaliar a rapidez do início da trombólise intravenosa
Taxa de Trombólise	$\geq 15\%$ dos pacientes elegíveis	Monitorar o acesso ao tratamento reperfusional
Mortalidade Hospitalar por AVC	Conforme perfil institucional	Avaliar desfechos assistenciais
Tempo Médio de Permanência hospitalar do paciente com AVC	$\leq 7$ dias	Avaliar eficiência do cuidado e reabilitação precoce 7
Incidência de Lesão por Pressão	0%	Avaliar a efetividade das medidas preventivas
Incidência de Broncoaspiração	0%	Monitorar complicações relacionadas à deglutição
Adesão ao Protocolo	$\geq 90\%$	Monitorar o cumprimento das etapas assistenciais

Eventos adversos relacionados à assistência	0%	Avaliar a segurança do paciente
---	----	---------------------------------

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

## 18. Fatores associados ao risco de AVC e medidas preventivas

O cuidado adequado dos fatores de risco diminui a probabilidade da ocorrência de um AVC. Entre os principais fatores de risco estão:

- Idade e Sexo: Pessoas idosas, homens e negros;
- História de doença vascular prévia;
- Doença do Coração;
- Tabagismo;
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Diabetes Mellitus (DM);
- Sedentarismo;
- Colesterol e Triglicérides;
- Álcool e Drogas;
- Anticoncepcional.

A SBAVC orienta que as principais formas de prevenção são:

- Conhecer e controlar os principais fatores de risco para o AVC, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e fibrilação atrial;
- Manter a prática regular de atividades físicas, favorecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças cardiovasculares;
- Adotar hábitos alimentares saudáveis, evitando o excesso de peso e a obesidade;
- Reduzir ou evitar o consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Não fumar e evitar a exposição ao tabagismo;
- Reconhecer precocemente os sinais e sintomas de alerta do AVC, buscando atendimento médico imediato diante de sua ocorrência.

## 19. Considerações Finais

A implementação deste POP representa uma estratégia fundamental para a qualificação da assistência ao paciente com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico no ambiente hospitalar, especialmente por se tratar de uma condição tempo-dependente, na qual a rapidez e a precisão das condutas impactam diretamente nos desfechos clínicos. A padronização do fluxo assistencial, aliada à definição clara das atribuições da equipe de enfermagem, contribui para a redução da variabilidade das práticas e fortalecimento da segurança do paciente.

Destaca-se o papel central da equipe de enfermagem na identificação precoce dos sinais e sintomas, monitorização contínua e execução das intervenções, sendo essencial que esses profissionais estejam capacitados e alinhados às diretrizes baseadas em evidências. Nesse contexto, a utilização de escalas validadas, indicadores assistenciais e metas temporais possibilita a condução sistematizada do cuidado e também o monitoramento da qualidade e a implementação de melhorias contínuas no serviço.

Ademais, a efetividade deste protocolo está diretamente relacionada ao comprometimento institucional e à atuação integrada da equipe multiprofissional, exigindo educação permanente, adesão às rotinas estabelecidas e avaliação periódica dos indicadores. Assim, espera-se que este instrumento contribua de forma significativa para a redução de complicações, minimização de sequelas neurológicas e promoção de uma assistência mais segura, resolutiva e centrada no paciente.

**“A esperança tem duas filhas: a indignação e a coragem. A indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a coragem, a transformá-las.”**

**— Santo Agostinho**

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Cláudia Maria Silva Ribeiro; SANTOS, Karlos Thiago Pinheiro dos. QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES AFÁSICOS PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás**, n. 1-17, 2023. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/540/354>. Acesso em: 20 maio 2026.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne McCloskey. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Tradução da 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Escala de Braden. Uberaba, MG: HC-UFTM, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/painel/gas/denf/servico-de-educacao-em-enfermagem/aulas-e-material-didatico/educacao-continuada/educacao-continuada-2019-1/braden-q4c3w0rt.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2026.

BRASIL. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Nova Escala de Morse**. Uberaba, MG: HC-UFTM, [2018]. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/painel/gas/denf/servico-de-educacao-em-enfermagem/aulas-e-material-didatico/educacao-continuada/educacao-continuada-2018-1/nova-escala-de-morse.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. AVC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc>. Acesso em: 25 maio. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto: AVC agudo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-agudo/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-agudo/). Acesso em: 8 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto: Escala de Cincinnati*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-agudo/escala-de-cincinnati](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-agudo/escala-de-cincinnati). Acesso em: 30 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto: *Escala de Coma de Glasgow*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-isquemico-menor-igual-4horas/glasgow](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/unidade-hospitalar/avc-isquemico-menor-igual-4horas/glasgow). Acesso em: 5 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto: *Escala de Rankin Modificada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/unidade-atencao-primaria/avc-cronico/escala-rankin](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/unidade-atencao-primaria/avc-cronico/escala-rankin). Acesso em: 28 maio. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/acidente-vascular-cerebral-isquemico-agudo>. Acesso em: 29 maio. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf). Acesso em: 25 maio. 2026.

CITOLINO, Eduardo; JACON, João César; BARBOSA, Taís Pagliuco. **Desenvolvimento de lesão por pressão: correlação entre escala de Braden e marcadores bioquímicos**. Revista Cuidarte Enfermagem, 2023. Disponível em:

<https://docs.fundacaopadrealbino.com.br/media/documentos/2cdcd3db90b2aba0f9d00f286c9a0420.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2026.

CONDE, C.; DUARTE, H. Cuidados de enfermagem ao doente com acidente vascular cerebral em fase aguda. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, v. 6, n. 2, 2024. Acesso em: 30 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução **COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 20 maio. 2026.

DA CRUZ JARDIM, J. et al. Estratégias de ensino voltadas à assistência de enfermagem no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 13, p. e51, 2023. Acesso em: 28 mar. 2026.

FOCHESATTO, Michele Marcon *et al.* Competências do enfermeiro no cuidado a pacientes com acidente vascular cerebral elegíveis à terapia trombolítica. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 46, 1 jan. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.54196>. Acesso em: 5 jun. 2026.

LIMA, K. K. G. de. *Mortalidade e custos hospitalares de pacientes pós-acidente vascular cerebral no Sistema Único de Saúde: uma série temporal com análise de fatores associados*. 2025. Trabalho acadêmico. Acesso em: 28 mar. 2026.

MARTINS, L. C. *et al.* Avaliação dos fatores de risco da trombólise para AVC isquêmico no serviço de urgência. *Revista Foco*, v. 18, n. 8, p. e9602, 2025. Acesso em: 30 mar. 2026.

MORAES, M. de A. *et al.* Mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico e tempo de chegada a hospital: análise dos primeiros 90 dias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20220309, 2023. Acesso em: 7 abr. 2026.

MUNIZ, L. S. et al. Factors associated with decision time to seek care in the face of ischemic stroke. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20230075, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0075en>. Acesso em: 28 mar. 2026.

NANDA INTERNATIONAL, INC. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021–2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

NITZ, A. K. et al. Construção e validação de protocolo operacional padrão de posicionamento prona em unidade de terapia intensiva. *Nursing (Edição Brasileira)*, v. 26, n. 296, p. 9296-9311, 2023. Acesso em: 10 abr. 2026.

SAÚDE DIRETA. Alteplase. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340799914Alteplase.pdf>. Acesso em: 29 maio 2026.

SIMÃO, S. S. et al. Hábitos de vida e suas implicações no prognóstico do paciente pós-AVC. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 5664-5679, 2024. Acesso em: 28 mar. 2026.

SIQUEIRA, Yara Tatagiba et al. A SEGURANÇA DO PACIENTE E A AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS. **Enfermagem em Foco**, v. 14, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2023.v14.e-202315>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC. *Acidente vascular cerebral (AVC). São Paulo: SBAVC, [s.d.]*. Disponível em: <https://avc.org.br/pacientes/acidente-vascular-cerebral/>. Acesso em: 28 maio. 2026.

Sociedade Brasileira de AVC (SBAVC). **Escalas de AVC**. Disponível em: <https://avc.org.br/escalas-de-avc/>. Acesso em: 30 maio 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC. **Fatores de Risco para o AVC - SBAVC**. Disponível em: <https://avc.org.br/pacientes/fatores-de-risco-para-o-avc/>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC. **Indicadores de Qualidade em AVC - SBAVC**. Disponível em: [https://avc.org.br/indicadores-de-qualidade-em-avc/?utm\\_source=chatgpt.com](https://avc.org.br/indicadores-de-qualidade-em-avc/?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 25 maio 2026.

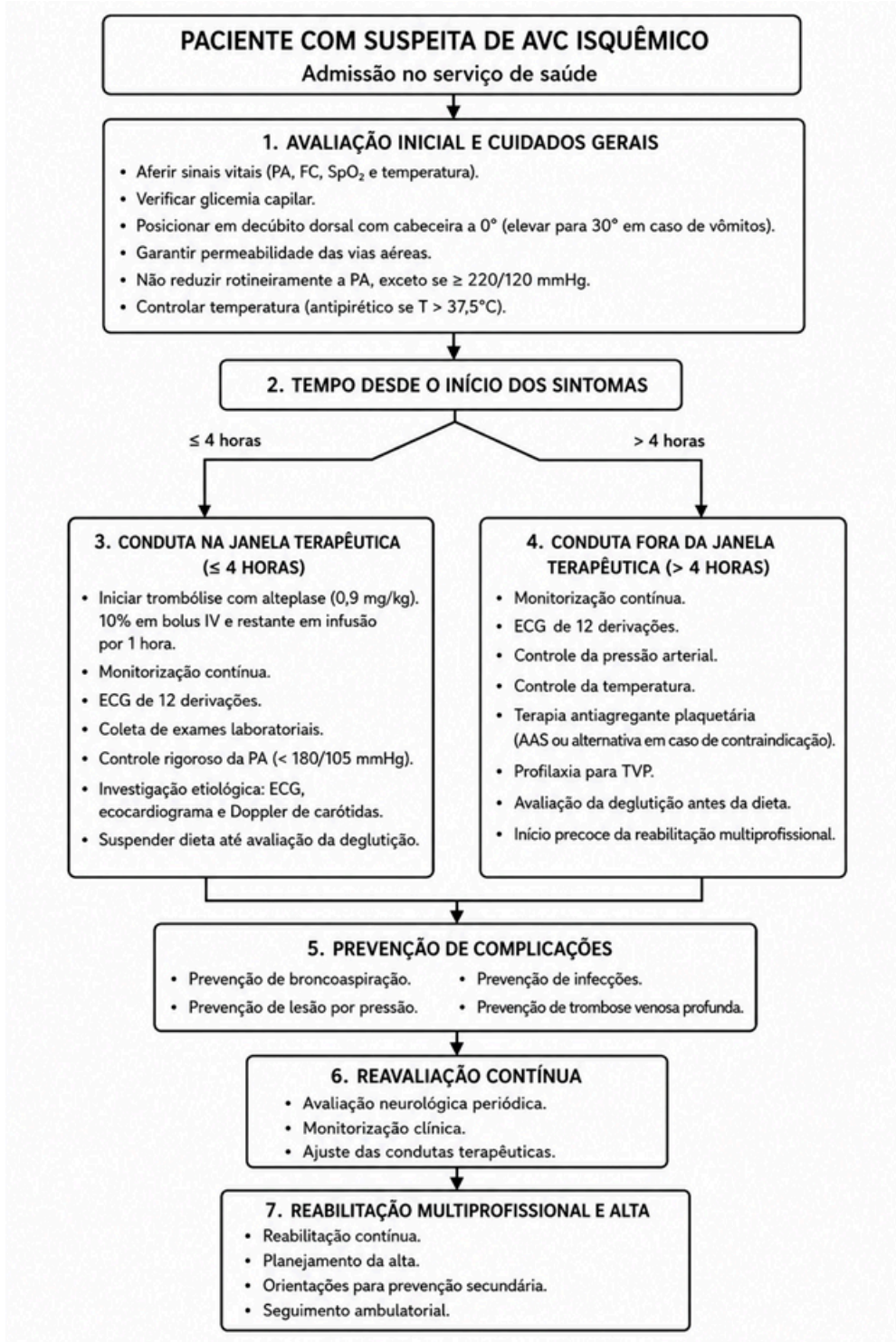
SZYMANSKI, P. et al. Trombólise endovenosa em acidente vascular cerebral isquêmico: uma revisão de literatura. *Revista Neurociências*, v. 29, 2021. Acesso em: 28 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient safety**. 11 set. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Acesso em: 20 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CEREBROVASCULAR DISORDERS: A CLINICAL AND RESEARCH CLASSIFICATION**. 1978. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/bb9c3fc8-62b5-4790-895b-e3a2080217b3/content>. Acesso em: 25 maio 2026.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Paciente com suspeita de AVCi (Admissão no serviço de saúde).



**Fonte:** Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) no adulto: AVC agudo. Imagem gerada por ChatGPT, versão 5.5, maio, 2026.

## Apêndice B - Formulário De Acompanhamento De Enfermagem - Primeiras 24h

<b>FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM – PRIMEIRAS 24H</b>								
<b>Paciente com suspeita/confirmação de AVC</b>								
Nome do Paciente	Nº do Leito	Data	Hora da Admissão					
<b>CHECKLIST DE EXAMES E AVALIAÇÕES</b>								
Procedimento / Exame	Solicitado	Realizado	Horário	Observações				
Tomografia Computadorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Eletrocardiograma (ECG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Exames Laboratoriais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Doppler de Carótidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Avaliação da Deglutição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Avaliação Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Monitorização Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS – PRIMEIRAS 24 HORAS</b>								
Hora	PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (irpm)	SpO <sub>2</sub> (%)	Temp. (°C)	Glasgow	Pupilas	Observações
00h								
02h								
04h								
06h								
08h								
10h								
12h								
14h								
16h								
18h								
20h								
22h								
<b>ACOMPANHAMENTO NEUROLÓGICO</b>								
Avaliação	Sim	Não	Observações					
Déficit motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Alteração da fala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Rebaixamento do nível de consciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Assimetria facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cefaleia intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Náuseas/Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Crise convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>PROCESSO DE ENFERMAGEM</b>								
Avaliação								
Diagnóstico								
Planejamento								
Implementação								
Evolução								
Assinatura e Carimbo do Profissional: _____								

Fonte: Imagem gerada por ChatGPT, versão 5.5, maio, 2026.

**ANEXOS**

Anexo 1 - Escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

Instrução	Definição da escala
<p><b>1a. Nível de Consciência</b> O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um <b>3</b> é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p><b>0</b> = Alerta; reponde com entusiasmo. <b>1</b> = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. <b>2</b> = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). <b>3</b> = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>
<p><b>1b. Perguntas de Nível de Consciência</b> O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber <b>2</b>. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um <b>1</b>. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p><b>0</b> = Responde ambas as questões corretamente. <b>1</b> = Responde uma questão corretamente. <b>2</b> = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>
<p><b>1c. Comandos de Nível de Consciência</b> O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p><b>0</b> = Realiza ambas as tarefas corretamente. <b>1</b> = Realiza uma tarefa corretamente. <b>2</b> = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>
<p><b>2. Melhor olhar conjugado</b> Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o score será <b>1</b>. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque <b>1</b>. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p><b>0</b> = Normal. <b>1</b> = Paralisia parcial do olhar. Este score é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. <b>2</b> = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>

Instrução	Definição da escala
<p><b>3. Visual</b> OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>
<p><b>4. Paralisia Facial</b> Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>
<p><b>5. Motor para braços</b> O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p><b>5a. Braço esquerdo      5b. Braço direito</b></p>
<p><b>6. Motor para pernas</b> A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p><b>6a. Perna esquerda      6b. Perna direita</b></p>

Instrução	Definição da escala
<p><b>7. Ataxia de membros</b>  Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcâneo-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p><b>0</b> = Ausente.  <b>1</b> = Presente em 1 membro.  <b>2</b> = Presente em dois membros.  <b>NT</b> = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>
<p><b>8. Sensibilidade</b>  Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente uma perda hemisensitiva. Um escore de <b>2</b>, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente <b>1</b> ou <b>0</b>. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe <b>2</b>. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque <b>2</b>. Pacientes em coma (item <b>1a=3</b>) recebem arbitrariamente <b>2</b> neste item.</p>	<p><b>0</b> = Normal; nenhuma perda.  <b>1</b> = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado.  <b>2</b> = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>
<p><b>9. Melhor linguagem</b>  Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item <b>1A=3</b>) receberá automaticamente <b>3</b> neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação <b>3</b> deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p><b>0</b> = Sem afasia; normal.  <b>1</b> = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.  <b>2</b> = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.  <b>3</b> = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>

Instrução	Definição da escala
<p><b>10. Disartria</b> Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p><b>0</b> = Normal. <b>1</b> = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. <b>2</b> = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. <b>NT</b> = Intubado ou outra barreira física; explique</p>
<p><b>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência)</b> Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p><b>0</b> = Nenhuma anormalidade. <b>1</b> = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. <b>2</b> = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>

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

### Anexo 2 - Escala de Rankin

Grau	Descrição
0	<b>Sem Sintomas</b>
1	<b>Nenhuma incapacidade significativa:</b> a respeito dos sintomas; capaz de conduzir todos os deveres e as atividades habituais
2	<b>Leve incapacidade:</b> incapaz de realizar todas as atividades prévias, porém é independente para os cuidados pessoais
3	<b>Incapacidade moderada:</b> requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência ou utilizar bengala e/ou andador
4	<b>Incapacidade moderadamente severa:</b> incapaz de caminhar sem assistência e de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	<b>Deficiência grave:</b> confiado à cama/leito, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante
6	<b>Óbito</b>

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto – Escala de Rankin Modificada. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Elaborado pelos autores, 2026.

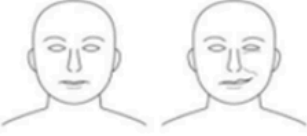

### Anexo 3 - Escore do Rankin

0 à 1	Encaminhamento multidisciplinar Abandono ao tabagismo
2 à 3	Fisioterapia 3x por semana Fonoaudióloga (se disfagia ou alteração na fala) Abandono ao tabagismo

2 à 3	Cuidado Domiciliar Fonoaudióloga (se disfagia ou alteração na fala) Técnico de enfermagem 1 (uma) vez por dia Enfermagem 1 (uma) vez por semana
-------	--

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto – Escala de Rankin Modificada. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Elaborado pelos autores, 2026.

#### Anexo 4 - Escala de Cincinnati

Escala de Cincinnati (alteração de um ou mais testes é sugestivo de AVC)					
De um sorriso		Levante os braços		Fale a frase:	
				O Brasil é o rei do Futebol	
Veja se há desvio da boca		Veja se um braço cai por perda de força		Veja se a fala está alterada	
( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto – Escala de Cincinnati [s.d.].

#### Anexo 5 - Escala de Coma de Glasgow

Variáveis	Comandos	Score
Abertura Ocular	- Espontânea - À voz - À dor - Nenhuma	4 3 2 1
Resposta Verbal	- Orientada - Confusa - Palavras Inapropriadas - Palavras incompreensíveis - Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta Motora	- Obedece a comandos - Localiza a dor - Momentos de retirada - Flexão normal - Extensão anormal - Nenhuma	6 5 4 3 2 1
Resposta Pupilar	- Nenhuma - Apenas uma reage ao estímulo luminoso - Reação bilateral ao estímulo	2 1 0

Fonte: Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto – Escala de Coma de Glasgow. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Elaborado pelos autores, 2026.

#### Anexo 6 - Escala de Morse

Escala de Morse. Adaptação de Morse Fall Scale		
<b>1- História de quedas nos últimos três meses</b>		
Não	Se o cliente não tiver história de quedas nos últimos três meses.	0
Sim	Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por fatores fisiológicas nos últimos três meses.	25
<b>2- Diagnóstico Secundário</b>		
Não	Se não existir diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.	0
Sim	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico de enfermagem/ médico.	15
<b>3- Auxílio na mobilidade</b>		
Nenhum/Acamado/Repouso leito	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar, se não sai da cama ou se caminha com apoio de terceiros de forma leve.	0
Bengala/Muleta	Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador.	15
Mobiliário ou parede	Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes.	30
<b>4- Terapia Endovenosa</b>		
Não	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenosa salinizados ou heparinizados. Medicação efetuada em bólus e quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não tiver em uso.	0
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não. Perfusão com cateter epidural está incluído neste item.	20
<b>5- Marcha</b>		
Normal/Acamado/Cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Lenta/Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca/lenta embora o cliente incline-se para frente enquanto caminha é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter ereto.	10
Alterada/Cambaleante	O cliente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido à falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse cliente a caminhar percebe que o cliente realmente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos.	20
<b>6- Estado Mental</b>		
Orientado	Quando o cliente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço.	0
Desorientado/Confuso	Quando o cliente não capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.	15
<b>Classificação do Risco</b>		
É o resultado da soma dos pontos dos itens (uma única opção dos itens) 0-24 Baixo Risco; 25-44 Risco Moderado; ≥ 45 Risco Elevado.		

Fonte: Adaptado de URBANETTO *et al.* (2013).

#### Anexo 7 - Escala de Braden

<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>1. Totalmente limitado:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, <b>OU</b> capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitado:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, <b>OU</b> tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	<b>3. Levemente limitado:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, <b>OU</b> tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>UMIDADE</b> Nível de exposição da pele à umidade	<b>1. Completamente molhada:</b> A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser trocados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Raramente molhada:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>ATIVIDADE</b> Nível de atividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Confinado à cadeira:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o

		rodas.	deitado ou sentado.	período em que está acordado.
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitado:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>NUTRIÇÃO</b> Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido <b>OU</b> está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético <b>OU</b> recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>3. Adequado:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, <b>OU</b> é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
<b>FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema em potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	
<b>PONTUAÇÃO TOTAL:</b>				

**Fonte:** Adaptado de Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), 2019.  
Elaborado pelos autores, 2026.