

**Protocolo clínico para acidente vascular cerebral: desenvolvimento de um instrumento informativo**

**Clinical protocol for vascular accident at the brain: development of an information tool**

**Protocolo clínico para el accidente cerebrovascular: desarrollo de una herramienta de información**

Recebido: 25/03/2020 | Revisado: 01/04/2020 | Aceito: 05/04/2020 | Publicado: 14/04/2020

**Julia da Silva Coradini**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3085-3779>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [julia.scoradini@gmail.com](mailto:julia.scoradini@gmail.com)

**Vagner Costa Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0305-9249>

Associação Franciscana de Assistência a Saúde, Brasil

E-mail: [enfermagem.upa@sefas.org.br](mailto:enfermagem.upa@sefas.org.br)

**Karine de Freitas Cáceres Machado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1053-7082>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [karine@ufn.edu.br](mailto:karine@ufn.edu.br)

**Rosiane Filipin Rangel**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4059-4176>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [rosianerangel@yahoo.com.br](mailto:rosianerangel@yahoo.com.br)

**Silomar Ilha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: [silo\\_sm@hotmail.com](mailto:silo_sm@hotmail.com)

**Resumo**

Objetivou-se conhecer o que os profissionais de saúde compreendem sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo e, desenvolver um instrumento informativo acerca deste, para ser utilizado na Unidade de Pronto Atendimento, cenário do estudo. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva,

de abordagem qualitativa, realizada com cinco enfermeiros e cinco médicos em uma Unidade de Pronto Atendimento, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados, durante os meses de outubro a novembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, sendo submetidos a análise de conteúdo. Os resultados possibilitaram cinco categorias: Protocolo clínico como critério para trombólise; como utilização de medicação e exames de imagem; como padronização/organização do atendimento; padronização, redução de gastos e melhora clínica do paciente; necessidade de qualificação de recursos humanos, físicos e estruturais. Como conclusão, os profissionais entendem que a realização do protocolo auxiliaria na organização do serviço e padronização, bem como na redução de gastos e melhora clínica do paciente.

**Palavras-chave:** Protocolos clínicos; Emergências; Pessoal de saúde.

### **Abstract**

The objective was to know what health professionals understand about the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines - Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke and to develop an informative instrument about it, to be used in the Emergency Care Unit, the study scenario. This is an exploratory, descriptive research, with a qualitative approach, carried out with five nurses and five doctors in an Emergency Care Unit, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected during the months of October to November 2019, through semi-structured interviews, and were subjected to content analysis. The results enabled five categories: Clinical protocol as a criterion for thrombolysis; how to use medication and imaging exams; as standardization / organization of care; standardization, cost reduction and clinical improvement of the patient; need for qualification of human, physical and structural resources. In conclusion, the professionals understand that the realization of the protocol would assist in the organization of the service and standardization, as well as in the reduction of expenses and clinical improvement of the patient.

**Keywords:** Clinical protocols; Emergencies; Health personnel.

### **Resumen**

El objetivo era saber qué entienden los profesionales de la salud sobre el Protocolo Clínico y las Pautas Terapéuticas - Trombolisis en el accidente cerebrovascular isquémico agudo y desarrollar una herramienta de información al respecto, que se utilizará en la Unidad de Atención de Emergencia, el escenario del estudio. Esta es una investigación exploratoria, descriptiva, con un enfoque cualitativo, realizada con cinco enfermeras y cinco médicos en una Unidad de Atención de Emergencia, en el estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos se recopilieron durante los meses de octubre a noviembre de 2019, a través de entrevistas semiestructuradas, y se sometieron a análisis de contenido.

Los resultados permitieron cinco categorías: protocolo clínico como criterio para la trombolisis; cómo usar medicamentos y exámenes de imágenes; como estandarización/organización de la atención; estandarización, reducción de costos y mejora clínica del paciente; necesidad de calificación de recursos humanos, físicos y estructurales. En conclusión, los profesionales entienden que la realización del protocolo ayudaría en la organización del servicio y la estandarización, así como en la reducción de gastos y la mejora clínica del paciente.

**Palabras clave:** Protocolos clínicos; Urgencias médicas; Personal de salud.

## 1. Introdução

De uma forma geral, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode se manifestar de duas formas distintas, uma delas é a isquêmica, onde ocorre a obstrução de um vaso sanguíneo, dificultando o suprimento de oxigênio ao tecido cerebral. A outra forma é a o hemorrágica, conhecida pelo extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC), o que caracteriza ser intraparenquimatosa (HIP) ou subaracnóidea (HSA) de acordo com os determinantes da lesão (Araujo, Darcis, Tomas, & Mello, 2018).

Estudos apontam que o AVC hemorrágico, representa cerca de 15 a 20% dos problemas vasculares cerebrais, enquanto os AVC isquêmicos ou não hemorrágicos caracterizam cerca de 80 a 85% destes casos (Martins, Neto, & Velasco, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2030, o AVC continuará sendo a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano (Araujo et al., 2018). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), existem cerca de 2.231.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave devido às sequelas. A prevalência foi de 1,6% em homens e 1,4% em mulheres, e a de incapacidade 29,5% em homens e de 21,5% em mulheres (Bensenor et al., 2015).

Com base nesses indicadores, surgem protocolos clínicos em serviços de saúde, que são realizados a partir da prática baseada em evidências. Os protocolos clínicos são rotinas que norteiam a ação e cuidados dos profissionais, adaptadas e modificadas para cada serviço em particular. São construídos a partir de conhecimentos particulares de profissionais associado a evidências e pesquisas científicas (Brasil, 2012a). Esses protocolos possuem a finalidade de padronizar as condutas, minimizando a variabilidade de processos assistências e minimizando a requisição de procedimentos e exames desnecessários para o usuário do serviço (Brasil, 2012b).

A aplicabilidade de protocolos clínicos permite a implementação de recomendações de diretrizes clínicas, padronizadas, para que o fluxo e as principais condutas diagnósticas sejam tomadas com a finalidade de ser evitado o agravamento da doença em questão. A confecção de protocolos clínicos deve ser baseada em diretrizes nacionais impostas pelo MS (Brasil, 2012b). Assim, o MS instaurou a Portaria nº 664 de 12 de abril de 2012, onde instituiu a aprovação e implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no AVC Isquêmico Agudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012a).

O objetivo da implantação de protocolos, como o de AVC é a imediata identificação dos sinais da doença, e rápido início do processo de investigação diagnóstica e medidas terapêuticas de fase aguda, posteriormente a implantação de medidas de prevenção secundária e de reabilitação, seguindo as diretrizes propostas pelo MS. Este tipo de prática contribui para o trabalho de profissionais que atuam na emergência, visto que se obtém um rápido manejo, reduzindo os riscos de erros adversos e de agravos à saúde de pacientes em fase aguda ou de risco.

Dessa forma, compreende-se a importância da implementação do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para AVC, na prática clínico-assistencial dos profissionais em diferentes contextos, em especial no que se refere à emergência, fato que justifica a necessidade e relevância dessa pesquisa. Justifica-se, ainda, por compreender que as questões relacionadas ao AVC são de grande importância no contexto da saúde, sendo consideradas pelo MS como linhas prioritárias de pesquisa, no Brasil (Brasil, 2015). Frente ao exposto, questiona-se: Qual o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes em uma emergência sobre o protocolo clínico para acidente vascular cerebral?

Na tentativa de responder ao questionamento, objetivou-se conhecer o que os profissionais de saúde compreendem sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo e desenvolver um instrumento informativo acerca deste, para ser utilizado na Unidade de Pronto Atendimento, cenário do estudo.

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa (Moraes, & Galiazzi, 2011), desenvolvida em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA/24horas), localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

A UPA contava no momento da pesquisa com 160 médicos, sendo que 84 deles realizam plantões conforme escala, os demais 76 médicos possuem cadastro, porém não realizam plantões; quatro cirurgiões dentistas, ficando um em cada turno; 20 enfermeiros, 16 enfermeiros em regime de plantão conforme escala e quatro enfermeiros no setor de Traumatologia; 48 técnicos de enfermagem, dos quais 44 trabalhando na UPA e quatro no setor de Traumatologia.

Fizeram parte da pesquisa, enfermeiros e médicos que atenderam aos critérios de inclusão: ser enfermeiro ou médico com atuação superior a seis meses na referida UPA, tempo suficiente para que os mesmos já tivessem vivenciado situações de emergência relacionadas ao AVC bem como conhecimento acerca das rotinas do serviço, estando aptos a responderem aos questionamentos. Foram excluídos, portanto, os profissionais enfermeiros ou médicos que estiverem de laudo médico e licença-maternidade no período da coleta de dados. Atenderam aos critérios, formando o *corpus* de pesquisa 10 profissionais. A escolha por pesquisar os enfermeiros e médicos, decorreu da compreensão de que eram os profissionais que poderiam aplicar o protocolo de AVC no atendimento aos pacientes em condições de urgência e emergência.

Inicialmente, em posse na escala contendo todos os profissionais da área da saúde, disponibilizada pelo responsável técnico da unidade, os pesquisadores entraram em contato pessoalmente com os profissionais, convidando-os a participar da pesquisa. Conforme aceite dos participantes, foram realizadas as coletas de dados, durante o período de outubro a novembro de 2019. A mesma ocorreu mediante um questionário, contendo duas partes; a primeira, buscou a caracterização dos participantes; e a segunda com as seguintes questões: Você já leu/ouviu/estudou algo relacionado ao protocolo clínico de AVC? O que você sabe ou compreende sobre o protocolo clínico de AVC? A partir de suas respostas, o que você pensa a respeito da implementação do mesmo no cotidiano de trabalho da UPA? Os questionários foram entregues aos participantes, por um dos pesquisadores, os quais responderam e a entregaram em data e horário marcado.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, dividida em três etapas: pré-análise, momento em que foi realizada uma leitura geral do material dos artigos, com o propósito de uma visão ampla do conteúdo. Logo em seguida, ocorreu análise com profundidade na leitura das entrevistas possibilitando a transcrição dos resultados e trechos com maior destaque. Na sequência, foi realizada a codificação dos resultados, em fichamentos que permitiram a formação de categorias (Bardin, 2011).

Após a etapa de coleta e análise de dados, realizou-se a elaboração do instrumento informativo, no formato de folder, acerca do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo (figura 1), para ser utilizado na UPA, cenário do estudo. Sua confecção considerou a o conhecimento dos profissionais, percebido na coleta de dados com os enfermeiros e médicos. Para tanto, realizou-se um estudo aprofundado do Protocolo, e sistematizado as principais informações necessárias para auxiliar os profissionais durante a sua utilização no cenário estudado.

Foram atendidos os critérios éticos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012c). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP), sob parecer nº3.566.133 e CAAE: 19939419.0.0000.5306. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com os pesquisadores. Manteve-se o anonimato dos participantes, identificando-os por P (profissional), seguido de um algarismo conforme ordem de entrevista (P1, P2...P10).

### **3. Resultados**

Dos 10 profissionais participantes do estudo, cinco eram enfermeiros e cinco médicos, dos quais seis mulheres e quatro homens, com idades entre 27 e 44 anos. Quanto ao tempo de formação, variou de 18 meses a 15 anos. O tempo de atuação na UPA cenário do estudo, variou de nove meses a sete anos. Quatro profissionais possuíam especialização e seis eram generalistas. Quanto as áreas de especialidade, dois eram em urgência e emergência e dois em estratégia da saúde da família. Quando questionados, todos os participantes referiram já ter conhecimento sobre o protocolo clínico de AVC.

Os dados analisados resultaram em cinco categorias: Protocolo clínico com critério para trombólise; Protocolo clínico com utilização de medicação e exames de imagem; Protocolo clínico como padronização/organização do atendimento; Protocolo clínico: padronização, redução de gastos e melhora clínica do paciente; Protocolo clínico: necessidade de qualificação de recursos humanos, físicos e estruturais.

#### **Protocolo clínico com critério para trombólise**

Os participantes compreendiam o protocolo clínico do AVC como um critério para seleção dos pacientes com necessidade de tratamento trombolítico. Um participante descreveu que o tempo máximo para esse processo deve ser de uma hora.

*Tomografia computadorizada de crânio e exames clínicos como critério para o uso de alteplase. (P1)*

*A conduta inicial é avaliar se o AVC é isquêmico ou hemorrágico, se é hemorrágico o paciente tem a contra indicação fibrinolítica, se isquêmico, a terapia fibrinolítica tem que ser ofertada e avaliar condições do paciente. Serve como critério. (P2)*

*Importante para tomado de decisão e definir qual o paciente será candidato ou não a trombólise. (P3)*

*Desde o início dos sintomas até o uso de trombolíticos o tempo é de no máximo 60 minutos [...] (P4)*

### **Protocolo clínico com utilização de medicação e exames de imagem**

Conforme os participantes, no processo de utilização do protocolo, utiliza-se a tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma e exames clínicos em até 48 horas:

*[...] inclui a avaliação clínica-exames de imagem, como tomografia, ressonância e encefalograma e o uso de medicação. (P4)*

*O AVC pode ser isquêmico ou hemorrágico, depende disso para o tratamento. Solicita-se a tomografia até 48 horas depois do incidente. (P5)*

*O protocolo contempla tempo medicação e imagem. (P6)*

### **Protocolo clínico como padronização/organização do atendimento**

Para os participantes, o protocolo clínico do AVC auxiliaria na padronização do atendimento, bem como na organização. Além disso, representaria maior agilidade e eficácia no atendimento.

*Protocolo para a redução da mortalidade e sequelas clínicas, além da padronização do atendimento. (P6)*

*Promover o atendimento ágil, com segurança e eficácia, promovendo o processo de investigação diagnóstica para o rápido início das medidas terapêuticas. (P7)*

*[...] serve para qualificar o atendimento imediato ao paciente nessas condições de forma organizada, ágil e padronizada. (P8)*

### **Protocolo clínico: padronização, redução de gastos e melhora clínica do paciente**

Os participantes reconheciam que o protocolo auxiliaria na redução de gastos e na melhora do tratamento, menor tempo de recuperação, com a redução das sequelas do AVC e da mortalidade e das no paciente.

*[...] diminuição de gastos devido a sequelas importantes/incapacitantes pós AVC. Melhora na sobrevida e qualidade de vida com o tratamento do AVC. (P1)*

*[...] podemos evitar piora na evolução do paciente e ajudar na recuperação mais rápida. (P5)*

*Seria ideal. Redução de mortalidade e sequelas clínicas, além de padronização do atendimento. (P6)*

*Seria muito interessante a implantação desse protocolo para melhor atendimento dos nossos pacientes. (P7)*

### **Protocolo clínico: necessidade de qualificação de recursos humanos, físicos e estruturais**

Para os participantes a implementação do protocolo dependeria de maior qualificação da equipe, recursos físicos e estruturais, afim de garantir atendimento adequado.

*Para a implementação do protocolo com a terapia fibrinolítica teríamos que ter condições e suportes adequados, visto que tal terapia apresenta riscos. Equipe altamente treinada [...] (P2)*

*Essencial para decidir qual paciente pode ser trombolizado. Infelizmente mesmo que seja feito tudo corretamente e o paciente seja candidato a trombólise, devido ao tempo e burocracia a mesma não é conseguida. (P3)*

*Seria muito importante, já que índices de pacientes com AVC são altos. Porém, o que nos parra é a falta de estrutura física para a confirmação de diagnóstico e claro, falta de trombolíticos no local. (P4)*

*[...] acredito que seria muito difícil de realizar, devido a resistência da equipe e por falta de alguns recursos fundamentais. (P8)*

A seguir, na Figura 1, apresenta-se o instrumento informativo construído durante a pesquisa.

**Figura 1.** Instrumento informativo acerca do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.

**AVC PROTOCOLO CLÍNICO**

**O que é?**

- Instrumento que norteia alguma prática baseada em evidências.
- Criado pela portaria nº 644 de 2012.

**Para que serve?**

- Imediata identificação dos sinais da doença;
- Rápido início do processo de investigação diagnóstica e medidas terapêuticas de fase aguda;
- Implantação de medidas de prevenção secundária e de reabilitação.

**Histórico**

- Exame físico
- TC de crânio em até 3 horas desde o início dos sintomas

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

- avaliação de médico neurologista;
- quadro clínico de AVC com início há menos de 4,5 horas
- desde o início dos sintomas até a infusão do medicamento;
- idade superior a 18 anos;
- TC crânio ou ressonância magnética sem sinais de hemorragia intracraniana

**RECURSOS NECESSÁRIOS:**

- equipe organizada, definida e capacitada, coordenada, disponível durante 24 horas;
- MCC contínua;
- unidade de terapia intensiva;
- laboratório de patologia clínica em funcionamento durante 24 horas;
- aparelho de TC;
- disponibilidade neurocirúrgica durante 24 horas;
- serviço de hemoterapia ou agência transfusional durante 24 horas, incluindo a disponibilidade de crioprecipitado.

**ALTEPLASE:**

- Principal trombolítico escolhido
- Alteplase: 0,9 mg/kg (máximo de 90 mg), por via intra-venosa, com 10% da dose aplicada em bolus e o restante, continuamente, ao longo de 60 minutos

**AVC ISQUÊMICO**

**Fonte:** dados da investigação, 2019.

O instrumento apresentado na figura 1 traz informações conceituais, como a portaria nº 644 de 2012, a qual criou o protocolo. Além disso, justifica a sua utilidade à imediata identificação dos sinais da doença; o rápido início do processo de investigação diagnóstica e terapêutica na fase aguda do AVC isquêmico, bem como à implementação de medidas de prevenção secundária e de reabilitação. Apresenta, ainda, os critérios de inclusão e os recursos necessários para a utilização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica - Trombólise no

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, assim como o principal trombolítico de escolha, a dose e via de administração.

#### 4. Discussão

O AVC caracteriza-se pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, o qual tem manifestações de forma isquêmica, situação em que ocorre a obstrução de um vaso, impedindo seu fluxo e, de forma hemorrágica, quando ocorre o extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do SNC. O AVC apresenta altos níveis de morbimortalidade, sendo o mais prevalente no Brasil, o AVC isquêmico, o qual a terapêutica indicada deve ser a trombólise, que tem sido explorada por meio do Protocolo Clínico do AVC (Araujo et al., 2018).

Na presente pesquisa os participantes compreendiam o protocolo clínico do AVC como um critério para seleção dos pacientes com necessidade de tratamento trombolítico. Um participante descreveu que o tempo máximo para esse processo deve ser de uma hora. Dessa forma, percebeu-se um conhecimento restrito dos participantes sobre o protocolo, uma vez que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCTP) - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, evidencia que o início do uso de trombolíticos deve ocorrer em menos de 4,5 horas desde o aparecimento dos sintomas clínicos do AVC (Brasil, 2012a).

Um estudo desenvolvido em um hospital público de Fortaleza, com a participação de 10 enfermeiros, vem em contraposição a este dado, visto que os participantes apresentaram conhecimento abrangente sobre tempo de início do tratamento, bem como os critérios de inclusão dos pacientes no uso de alteplase (Manivas, & Freitas, 2012). Concomitante a este dado, outro estudo realizado em Curitiba/PR, com 465 médicos participantes, evidenciou divergências entre os entrevistados sobre o tempo de atuação no evento isquêmico (Gatto, Koppe, Junior, & Zétola, 2017).

O paciente submetido a trombólise, deve ter realizado tomografia computadorizada que não represente sinais de hemorragia, deve ser maior de 18 anos (evidenciados como critérios de inclusão para o tratamento), e seus familiares e/ou responsáveis devem estar cientes dos riscos e benefícios, bem como a autorização para utilizá-la (Brasil, 2012a). A alteplase é o tratamento mais indicado e efetivo dentro das primeiras três horas, o esquema de administração usual é de 0,9mg/kg por via endovenosa, sendo aplicado 10% da dose em *bolus* e o restante para ser administrado em 60 minutos em bomba de infusão contínua. A

medicação realiza a quebra do trombo alocado na artéria cerebral pelo processo de fibrinólise, alterando o fluxo sanguíneo (Brasil, 2012b).

A tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma e exames clínicos, foram os descritos pelos participantes da presente pesquisa durante a aplicação do protocolo. Segundo um participante, esse processo deve ocorrer em até 48 horas.

Em revisão de literatura desenvolvida em 2017, observa-se a importância da utilização da tomográfica computadorizada para diagnóstico de AVC, a qual deve ser realizada em até 3 horas. A tomografia de crânio é o meio mais comum e utilizado, a partir da evolução tecnológica, as imagens são disponibilizadas com base na técnica de varredura espiral/helicoidal. Já a ressonância magnética é uma técnica que está cada vez mais em evolução e realiza a diferenciação de tecidos na coleta de informações bioquímicas e realiza a exploração de aspectos anatômicos e funcionais (Silva, & Oliveira, 2017).

Por ter maior disponibilidade a tomografia computadorizada é o método preferível e mais aplicado por se tratar de um mecanismo que possibilita ampla avaliação do encéfalo, sendo possível a identificação de episódios hemorrágicos ou isquêmicos, para que sejam escolhidos os pacientes que necessitam de fibrinólise ou não (Silva, & Oliveira, 2017).

O PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, evidencia juntamente com o histórico e exame físico do paciente, a realização de exames de imagem para realização do diagnóstico, a tomografia computadorizada de crânio é o exame de imagem mais usado nesses casos, por se tratar de um exame de baixo custo e de grande eficácia. A lesão apresenta-se com hipodensidade que não se impregna pelo contraste, geralmente no território suprido pela artéria cerebral média. Pode ser indicado a realização de raio X de tórax se o paciente for acometido de problemas respiratórios e pulmonares, como diagnóstico secundário (Brasil, 2012a).

Para os participantes, o protocolo clínico do AVC auxiliaria na padronização do atendimento, bem como na organização. Além disso, representaria maior agilidade e eficácia no atendimento. O PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo foi instituído após a criação das linhas de cuidado prioritárias para Rede de Urgência e Emergência. Uma das linhas é a de cuidado em AVC, que tem como objetivo possibilitar um cuidado integral, continuado e realizar a promoção da movimentação do cuidado entre os demais pontos de atenção à saúde (Brasil, 2012d).

O referido protocolo surgiu para que os profissionais de saúde tivessem uma maneira padronizada de realizarem o atendimento aos pacientes. Foi desenvolvido a partir de estudos que trazem exames específicos e medicações prioritárias. Os participantes reconheciam que o

protocolo auxiliaria na redução de gastos e na melhora do tratamento, menor tempo de recuperação, com a redução das sequelas do AVC e da mortalidade do paciente.

Estudo realizado em um hospital de grande porte na região de São Paulo, realizados com 17 pacientes, demonstrou que com o uso do protocolo referido, houve redução do tempo de internação, redução da taxa de mortalidade (de 21% para 13%), bem como a diminuição de custos para manutenção dos pacientes na instituição (Ramão, Ferraz, & Guirado, 2018). Pesquisa realizada em Maringá, traz como ponto importante a prevenção e diagnóstico precoce atrelado a redução da mortalidade, custos para a saúde, concomitante aos benefícios tanto para o paciente quanto para economia pública (Araujo et al., 2018).

Segundo o PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, os resultados esperados tendo em vista a melhor qualidade de vida do paciente estão a redução do número de pacientes com complicações e morte associadas ao AVC, a redução do grau de incapacidade um ano após o tratamento e a redução do tempo de recuperação (Brasil, 2012a). Para os participantes, a implementação do protocolo dependeria de maior qualificação da equipe, recursos físicos e estruturais, afim de garantir atendimento adequado. A realização deste protocolo, visa garantir uma melhoria no atendimento ao paciente, sendo necessários alguns recursos específicos, incluindo equipe treinada, aparato tecnológico e medicamentoso, dentre outros.

Todo paciente com suspeita de AVC agudo, deveria ser encaminhado ao hospital de referência ou Centro de Atendimento Neurológico. Preconiza-se a organização da equipe, o treinamento para administração e cuidado pós trombólise venosa, a presença de um neurologista clínico para realizar a coordenação da equipe e manejo do paciente; monitorização cardíaca e respiratória contínua (24 horas); disponibilidade de tomografia computadorizada por 24 horas; serviço de hemoterapia e agencia transfusional; laboratório de patologia; disponibilidade de serviço de terapia intensiva; neurocirurgia disponível por 24 horas (Brasil, 2012a).

Dentre os cuidados mais relevantes pós admissão destes pacientes encontra-se a monitorização cardíaca contínua, com verificação de oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva, temperatura; a coleta de hemograma, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, ureia; monitoramento com eletrocardiograma de 12 derivações (Brasil, 2012d).

## 5. Considerações Finais

Foi possível identificar, durante a pesquisa, a compreensão dos profissionais sobre o protocolo clínico para acidente vascular cerebral. Todos os profissionais participantes ouviram/leram sobre o protocolo, e compreendem os passos a serem seguidos para sua realização, porém observa-se divergências quanto a utilização de trombólise e quanto ao tempo prioritário para realização do diagnóstico a partir do exame de imagem. Foi evidenciado que os profissionais entendem que a realização do protocolo auxiliaria na organização do serviço e padronização, bem como na redução de gastos e melhora clínica do paciente.

As limitações desta pesquisa estão relacionadas com a escassez de materiais que discuta sobre a implantação do protocolo e sobre a importância do conhecimento dos profissionais para que este seja aplicado. Também se observou dificuldade na realização das coletas de dados, visto que os profissionais se abstinham e muitas vezes não concluíam a entrevista, além da falta de disponibilidade de horário dos participantes. Contudo, tal dificuldade não impossibilitou a realização das atividades descritas, pois os pesquisadores se reorganizaram inúmeras vezes para a efetivação das coletas de dados.

O desenvolvimento desta pesquisa trouxe uma temática pouco abordada no cenário de urgência e emergência, principalmente com profissionais enfermeiros. Essa pesquisa apresenta contribuições à enfermagem/saúde, uma vez que os dados apresentados, poderão ser comparados aos resultados de outras pesquisas na temática, e junto ao material elaborado, poderão proporcionar novas estratégias para um melhor cuidado e assistência ao paciente, como também melhoria no serviço de emergência.

Assim, sugere-se a realização de trabalhos futuros, com metodologias qualitativas e quantitativas, que busquem avaliar os benefícios da implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, em diferentes realidades.

## Referências

Araujo, J. P., Darcis, J. V. V., Tomas, A. C. V., & Mello, W. A. (2018). Mortality Trend Due to Cerebrovascular Accident in the City of Maringá, Paraná between the Years of 2005 to 2015. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 31(1), 56-62. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ijcs/v31n1/2359-4802-ijcs-31-01-0056.pdf>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 70.ed, São Paulo.

Bensenor, I. M., Goulart, A. C., Szwarcwald, C. L., Vieira, M. L. F. P., Malta, D. C., & Lotufo, P. A. (2015). Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 73(9), 746-750. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v73n9/0004-282X-anp-73-9-0746.pdf>

Brasil. (2012a). Ministério da Saúde. *Portaria nº 664 de 12 de abril de 2012*. Brasília. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html)

Brasil. (2012b). Ministério da Saúde. *Implementação de diretrizes e protocolos clínicos*. Brasília. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-01.pdf>

Brasil. (2012c). Ministério da Saúde. *Portaria nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Brasília. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Brasil. (2012d). Ministério da Saúde. *Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012*. Brasília. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html)

Brasil. (2015). Ministério da Saúde. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde* /Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>

Gatto, L. A. M., Koppe, G. L., Junior, Z. D., & Zétola, V. H. F. (2017). Physicians are not well informed about the new guidelines for the treatment of acute stroke. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 75(10), 718-721. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v75n10/0004-282X-anp-75-10-0718.pdf>

Manivas, S. C. F., & Freitas, C. H. A. (2012d). Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros? *Rev. bras. Enferm.*, 65(3), 474-481. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a12.pdf>

Martins, S. H. S., Neto, R. A. B., & Velasco, I. T. (2017). *Medicina de Emergência: abordagem prática*. 12 ed. Barueri, SP: Manole.

Moraes, R., & Galiazzi, M. C. (2011). *Análise textual discursiva*. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí.

Ramão, G. B., Ferraz, R. R. N., & Guirado, G. M. P. (2018). Redução dos custos e do tempo de internação em um hospital público da capital paulista com a implementação do protocolo de trombólise em acidente vascular cerebral isquêmico. *Revista De Tecnologia Aplicada (RTA)*, 7(1), 3-10. Recuperado de <http://www.cc.faccamp.br/ojs-2.4.8-2/index.php/RTA/article/view/1030/576>

Silva, F. M. S., & Oliveira, E. M. F. (2017). Comparação dos métodos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética) para o diagnóstico de acidente vascular encefálico. *Journals Bahiana*, 6(1), 81-89. Recuperado de <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1258/853>

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Julia da Silva Coradini – 30%

Vagner Costa Pereira – 20%

Karine de Freitas Cáceres Machado – 10%

Rosiane Filipin Rangel – 10%

Silomar Ilha – 30%