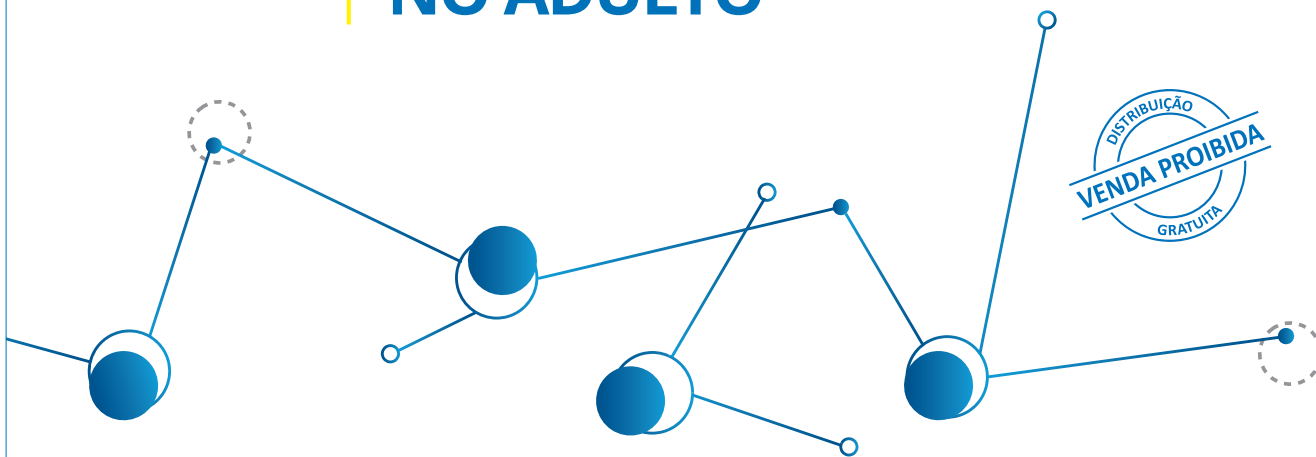


Linha de Cuidado do
**ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL (AVC)
NO ADULTO**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Linha de Cuidado do **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)** NO ADULTO



Brasília – DF
2020

2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar
Edifício Anexo, Ala B, 4º Andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <http://aps.saude.gov.br>

Organização:

Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS)
Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Supervisão geral:

Carisi Anne Polanczyk
Erno Harzheim
Renata Maria de Oliveira Costa

Coordenação:

Karen Brasil Ruschel
Livia de Almeida Faller
Lucas Wollmann
Márcia Helena Leal
Mariana Vargas Furtado

Autores:

Carisi Anne Polanczyk
Karen Brasil Ruschel
Márcia Helena Leal
Mariana Vargas Furtado
Rodolfo Souza da Silva
Sheila Cristina Ouriques Martins

Equipe técnica

Karen Brasil Ruschel
Livia de Almeida Faller
Lucas Wollmann
Márcia Helena Leal
Mariana Vargas Furtado
Olivia Lucena de Medeiros
Paula Martina da Silva Araújo Nunes
Rodolfo Souza da Silva

Revisor técnico especialista:

Sheila Cristina Ouriques Martins

Colaboração:

Aline Aguiar Freitas de Lima
Ana Paula Beck da Silva Etges
Andreia Turmina Fontanella
Carlo Roberto Hackmann da Cunha
Camila de Oliveira Portela
Camila Rosália Antunes Baccin
Celmário Castro Brandão
Claudia Puerari
Daniel Miele Amado
Juliana Rezende Melo da Silva
Ione Maria Fonseca de Melo
Luciana Rodrigues de Lara
Olivia Albuquerque Ugarte
Raylayne Ferreira Bessa
Suely Nilsa Guedes de Sousa Esashika
Taiza de Freitas Dagostim
Thais Coutinho de Oliveira
Valdenide Pereira dos Santos

Revisão de Grupos Consultivos:

Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO)
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS)
Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Coordenação Editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. –Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

52 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/linha_cuidado_acidente_vascular_cerebral_adulto.pdf

ISBN 978-85-334-2859-1

1. Acidente Vascular Cerebral (AVC). 2. Agravos à saúde. 3. Cuidados primários de saúde. I. Título.

CDU 616.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0192

Título para indexação:

Clinical Pathway for Cerebrovascular Accident (CVA) in adults

LISTA DE SIGLAS



LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
AAS	Ácido Acetilsalicílico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Melito
PA	Pressão Arterial
HDL	Colesterol HDL
TC	Tomografia de Crânio
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral
MAV	Má Formação Arteriovenosa
HS Ae	Hemorragia Subaracnoidea Espontânea
DTC	Doppler Transcraniano
SNE	Sonda Nasoentérica
VO	Via Oral
TVP	Trombose Venosa Profunda
ECG	Eletrcardiograma
EV	Endovenosa
PAM	Pressão Arterial Média
HIC	Hipertensão Intracraniana
PIC	Pressão Intracraniana
RM	Ressonância Magnética
NIH	National Institutes of Health
RNI	Razão Normalizada Internacional
TTPa	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
SC	Subcutânea
rt-PA	Alteplase

SUMÁRIO



LINHAS DE CUIDADO EM SAÚDE	06
LINHA DE CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO ADULTO	07
SOU GESTOR	07
PROCESSO COMPLETO DA LINHA DE CUIDADO	09
DEFINIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS	10
AVC AGUDO, ISQUÊMICO/ AIT OU HEMORRÁGICO	11
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) OU SAMU (192)	11
UNIDADE HOSPITALAR.....	13
AVC CRÔNICO	25
TABELA DE MEDICAMENTOS	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXOS	33
Anexo A – Escala de Cincinatti	33
Anexo B – NIH STROKE SCALE (NIHSS)	34
Anexo C – Classificação de TOAST	44
Anexo D – Escala de Como de Glasgow é descrita antes	46
Anexo E – Escore ABCD² para Acidente Isquêmico Transitório (AIT)	47
Anexo F – Escala de Rankin	48
Anexo G – Checklist Pós-AVC (PSC)	49

LINHAS DE CUIDADO EM SAÚDE



O governo brasileiro tem como objetivo ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção à Saúde, com ênfase na qualidade assistencial por meio da implementação de Linhas de Cuidado.

Linhas de Cuidado são definidas como uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes assistenciais, que descrevem rotinas do itinerário do paciente entre as diferentes unidades de atenção à saúde, para a condução de possibilidades diagnósticas e terapêuticas, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Viabilizam a comunicação entre equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na programação das ações a serem prestadas e na padronização de recursos, organizando um *continuum* assistencial, por meio de pactuações, contratualizações e da conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais.

Ainda que as linhas de cuidado descrevam o itinerário do paciente no percurso dos diferentes níveis de atenção, as unidades da atenção primária à saúde devem ser as gestoras dos fluxos assistenciais, com a responsabilidade de coordenar o cuidado e ordenamento das Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As linhas de cuidado apresentam como objetivos:

- Orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades;
- Demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção; e
- Estabelecer o “percurso assistencial” ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades.

É importante considerar o papel de referência regional, na interface intermunicipal, que as unidades de atenção especializada já exerçam nas regiões metropolitanas. A pactuação intermunicipal deve ser formalizada e as redes, desenvolvidas sob a óptica dessa pactuação.

Embora este material contenha um guia do manejo terapêutico, cabe ao profissional de saúde avaliar a especificidade de cada paciente.

LINHA DE CUIDADO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO ADULTO

As informações da Linha de Cuidado foram construídas partindo do ponto em que o paciente se encontra para avaliação e definição diagnóstica:

- **Pontos de atendimento possíveis:**

- » Domicílio, com a primeira avaliação pelo Serviço de Atendimento Móvel - SAMU (192);
- » Unidade de Atenção Primária;
- » Unidade de Pronto Atendimento;
- » Unidade Hospitalar.

- **Diagnósticos:**

- » **AVC agudo**

AVC Isquêmico

- ♦ com menos de 4 horas de evolução;
- ♦ com mais de 4 horas de evolução;

AVC hemorrágico

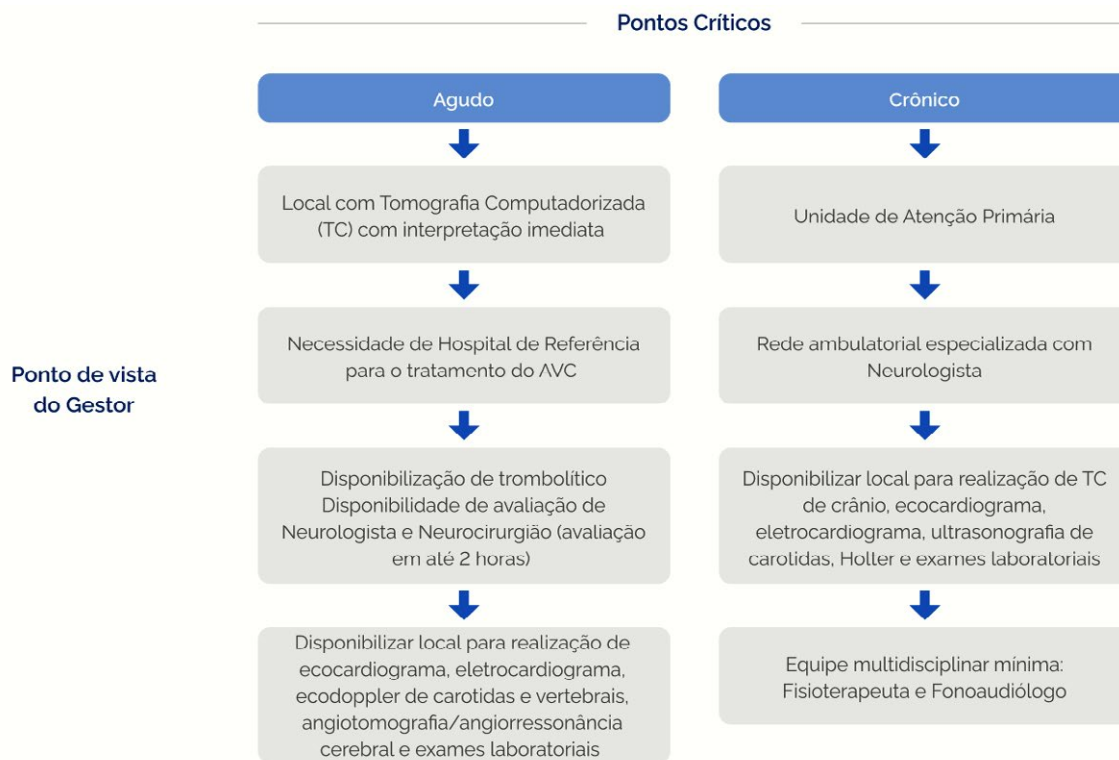
- ♦ hemorragia intraparenquimatosa;
- ♦ hemorragia subaracnoidea espontânea;

- » **AVC crônico**

Este documento agrupa fluxogramas distintos em uma estrutura de linha de cuidado. O material contém um guia de manejo terapêutico, entretanto, cabe ao profissional de saúde avaliar a especificidade de cada paciente.

SOU GESTOR

Para implementação da Linha de Cuidado, faz-se necessário o conhecimento dos pontos críticos. A abordagem do sistema tem como objetivo a responsabilidade compartilhada que atenda a todos os requisitos mínimos dentro da Rede de Atenção em Saúde. É importante considerar o papel de referência regional, na interface intermunicipal, que as unidades de referência já exerçam nas regiões metropolitanas. A pactuação intermunicipal deve ser formalizada e as redes, desenvolvidas sob a óptica dessa pactuação.



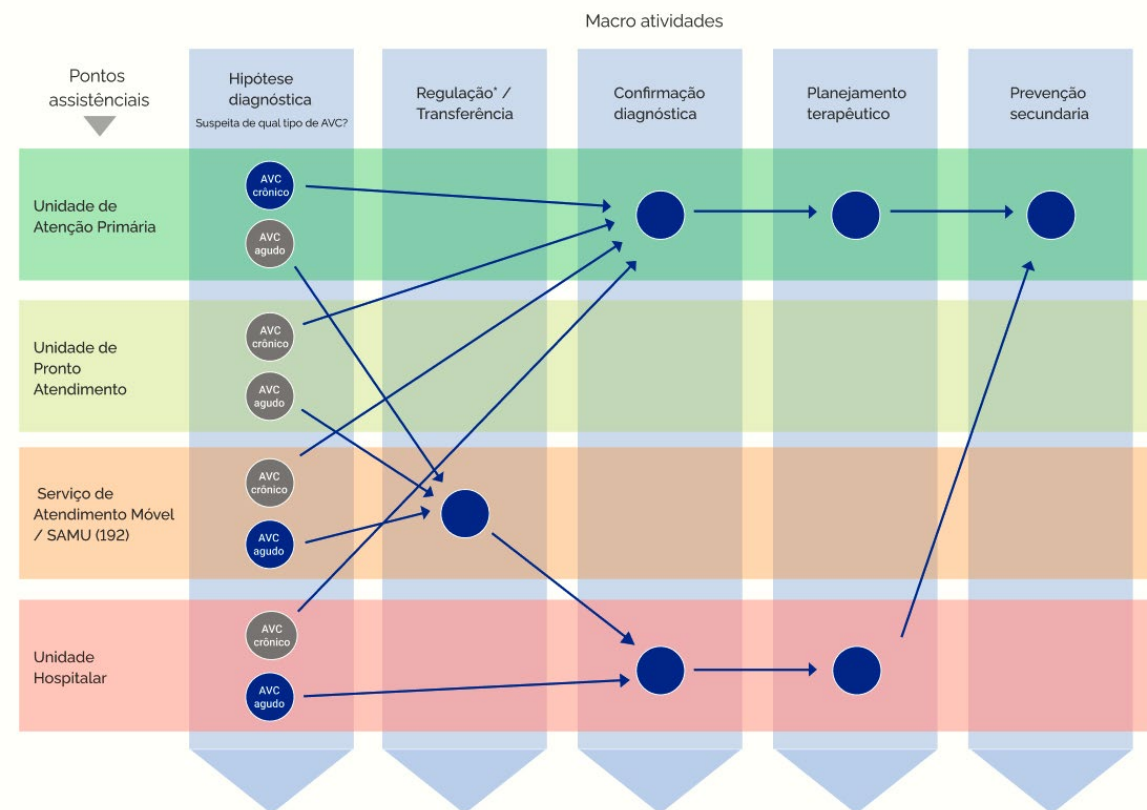
Confira aqui as portarias relacionadas ao AVC:

- Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012 - aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html
- Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 - dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html
- Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015 - Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html

PROCESSO COMPLETO DA LINHA DE CUIDADO

Legenda:

- Azul: Chegada no **LOCAL IDEAL**
- Cinza: Chegada com possibilidade de **ATRASSO** no planejamento terapêutico



*A regulação será realizada pela Central de Regulação, quando aplicável

DEFINIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS



Inicialmente, é preciso **determinar a data e hora** do início dos sinais e sintomas.

Se o **início dos sintomas nas últimas 24 horas**, definido como o último momento em que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos alterados. Com isso, será possível classificar o quadro clínico em:

- AVC agudo - início súbito de sinais neurológicos focais sem recuperação;
- AIT Acidente Isquêmico Transitório - episódio único de déficit neurológico focal agudo, com recuperação completa em menos de 1 hora.

Caso o paciente refira o **início dos sintomas há mais de 1 mês** sem apresentar progressão, ele terá seu quadro clínico classificado como:

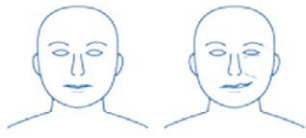
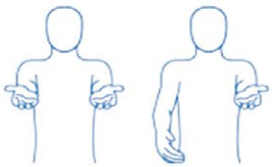
- AVC crônico - início dos sintomas há mais de 1 mês, sem apresentar progressão.

Abaixo, destacamos os **sinais de alerta** para os quais os profissionais de saúde devem estar atentos e também orientar a população sob seus cuidados:

- Perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo – face e/ou membro superior e/ou membro inferior;
- Dificuldade súbita de falar ou compreender a fala;
- Perda visual súbita em um ou ambos os olhos;
- Súbita tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação;
- Cefaleia súbita intensa sem causa aparente.

Durante a avaliação inicial do paciente sob nossos cuidados e para o qual tenhamos como diagnóstico diferencial a suspeita de AVC, devemos fazer o uso da **Escala de Cincinatti**, em que a presença de **1 dos sinais de alerta**, associada ao início súbito da apresentação, nos indica de forma objetiva a **suspeita de AVC**.

Figura 1 – Escala de Cincinatti

Escala de Cincinatti (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: TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Manual de rotinas para atenção ao AVC, Ministério da Saúde (2013).

AVC AGUDO, ISQUÊMICO/ AIT OU HEMORRÁGICO

No AVC isquêmico, o paciente será avaliado para a possibilidade de **trombólise endovenosa dentro de 4h30min** do início dos sintomas. Quanto mais rapidamente é realizada a transferência para a **Emergência da Unidade Hospitalar de referência para tratamento do AVC**, melhor é o prognóstico do paciente.

Se o início dos sintomas for **menor ou igual a 24 horas**, o paciente deve ser encaminhado para a **Emergência de Unidade Hospitalar com uma Unidade Móvel de atendimento, conforme regulação local**.

Se o início dos sintomas for **maior que 24 horas e menor que um mês,, sem outros sinais de gravidade clínica**, deve-se também orientar o paciente a procurar **Emergência de Unidade Hospitalar**.

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) OU SAMU (192)

Manejo Inicial

Definir diagnóstico de AVC agudo (isquêmico ou hemorrágico)/AIT

- Determinar a data do início dos sinais e sintomas;

- Se início de sintomas nas últimas 24h, determinar o horário do início. No caso de o início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir;
- Acionar o Serviço de Atendimento Móvel / SAMU 192 o mais rápido possível para regulação e transferência ao hospital mais apropriado para o caso. Deverá ser solicitada UTI móvel medicalizada. Quando não disponível, considerar avaliação do regulador do Serviço de Atendimento Móvel / SAMU 192.
- Se o início dos sintomas for há mais de 24 horas e até 1 mês, sem outros sinais de gravidade clínica, orientar o paciente a procurar uma Emergência de Unidade Hospitalar.

Manejo inicial até transferência para unidade hospitalar

- Verificar história de diabetes, epilepsia, demência (excluir delirium*) e dependência química (álcool**);

*delirium: insuficiência cerebral reversível caracterizada por hipoatividade ou hiperatividade. Pode ser causado por infecções (pulmonar, urinária, intestinal); por distúrbios metabólicos (insuficiência renal aguda, hiponatremia) ou medicamentos (benzodiazepínicos, neurolépticos);

** a abstinência do álcool causa delirium tremens, caracterizado por tremores, ansiedade, insônia, inquietação e alucinações. Costuma iniciar 6 horas após diminuição ou interrupção do uso de álcool.

- Aplicar a escala de Cincinatti (ver Anexo A) e Glasgow (ver Anexo D);
- Verificar os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação, temperatura axilar);
- Checar glicemia capilar: hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se glicose < 70 mg/dL, administrar glicose hipertônica 50% / 20 ml endovenosa / 1 vez, repetir hemoglicoteste em 1h;
- Manter o paciente com cabeceira a 0°, (posicionar a 30° em caso de vômitos);
- Acesso venoso periférico em membro superior não parético;
- Manter permeabilidade de vias aéreas e ventilação adequada;
- Administrar oxigênio, por cateter nasal ou máscara, se saturação de oxigênio for < 94% (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica);
- Não reduzir níveis pressóricos, exceto se pressão arterial sistólica estiver ≥ 220 mmHg ou pressão arterial diastólica estiver ≥ 120 mmHg;
- Utilizar antitérmico se temperatura axilar $> 37,5^{\circ}\text{C}$.

Se o local de primeiro atendimento for na UPA ou SAMU 192

- Realizar entrevista SAMPLA (Sinais vitais, Alergias, Medicamentos em uso, Passado médico, Líquidos e alimentos, Ambiente);
- Considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência (Glasgow ≤ 8 , Anexo D), com claro sinal clínico de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60\text{mmHg}$ ou $pCO_2 > 50\text{ mmHg}$), ou se houver evidente risco de aspiração;
- Não administrar grande volume, de fluido a não ser em caso de hipotensão (diante dessa necessidade, utilizar solução de cloreto de sódio 0,9%);
- Se o local de primeiro atendimento for no domicílio, realizado pelo SAMU 192, o manejo inicial deverá ser o mesmo, até a orientação da Regulação Médica para procedimentos e/ou transporte para a Unidade Hospitalar. Locais que não dispõem de Regulação Médica devem encaminhar para a Emergência de unidade hospitalar.

UNIDADE HOSPITALAR



Manejo inicial

- Determinar a data do início dos sinais e sintomas;
- Se início de sintomas nas últimas 24h, determinar o horário do início. No caso de o início dos sintomas serem observados ao acordar, será considerado o último momento em que o paciente foi visto sem sintomas, antes de dormir.
- Verificar história de diabetes, epilepsia, demência (excluir delirium*) e dependência química (álcool**);

*delirium: insuficiência cerebral reversível caracterizada por hipoatividade ou hiperatividade. Pode ser causado por infecções (pulmonar, urinária, intestinal); por distúrbios metabólicos (insuficiência renal aguda, hiponatremia) ou medicamentos (benzodiazepínicos, neurolépticos);

** a abstinência do álcool causa delirium tremens, caracterizado por tremores, ansiedade, insônia, inquietação e alucinações. Costuma iniciar 6 horas após diminuição ou interrupção do uso de álcool.

- Aplicar a escala de Cincinatti (ver Anexo A) e Glasgow (ver Anexo D);
- Realizar tomografia de crânio (TC) sem contraste em regime de urgência; se local de atendimento não tiver TC disponível, transferir o paciente imediatamente para a realização;

- Se diagnosticado AVC isquêmico com <4 horas de evolução, o paciente deverá ser manejado em hospital de referência (necessidade de avaliação por neurologista);
- Se AVC isquêmico com >4 horas de evolução, não é necessário o manejo em hospital de referência.

Cuidados gerais

- Verificar os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação, temperatura axilar);
- Checar glicemia capilar: hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se glicose < 70 mg/dL, administrar glicose hipertônica 50% / 20 ml endovenosa / 1 vez, repetir hemoglicoteste em 1h;
- Manter o paciente com cabeceira a 0°, (posicionar a 30° se vômitos);
- Instalar acesso venoso periférico em membro superior não parético;
- Manter permeabilidade de vias aéreas e ventilação adequada;
- Administrar oxigênio por cateter nasal ou máscara se saturação de oxigênio for < 94% (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica);
- Não reduzir níveis pressóricos, exceto se pressão arterial sistólica estiver ≥ 220 mmHg ou pressão arterial diastólica estiver ≥ 120 mmHg ou se outra doença associada exigir a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar);
- Não administrar grande volume de fluidos, a não ser em caso de hipotensão (em caso de necessidade, utilizar solução de cloreto de sódio 0,9%);
- Utilizar antitérmico se temperatura axilar for $> 37,5^{\circ}\text{C}$;
- **Após TC de crânio, definir diagnóstico de AVC isquêmico/AIT ou hemorrágico para tratamento.**

Definido diagnóstico de AIT

AIT é definido como episódio único de déficit neurológico focal agudo, com recuperação completa em < 1 hora.

- Aplicar Escore ABCD2 (Anexo E) – preditor de AVC após episódio de AIT;
- Avaliar tomografia de crânio (TC): se TC normal, confirmado diagnóstico de AIT.

Iniciar tratamento com:

- AAS 100 mg/dia (se alergia ou intolerância a AAS, prescrever clopidogrel 75 mg/dia);

- Clopidogrel 75 mg/dia associado a AAS nos pacientes que apresentaram AVC em uso prévio de AAS ou naqueles com evidência de doença aterosclerótica carotídea;
- Sinvastatina 40mg/dia;
- Pacientes hipertensos: ajustar anti-hipertensivo se pressão arterial (PA) sistólica > 140 mmHg ou iniciar medicamento anti-hipertensivo se o paciente ainda não utilizava nenhum medicamento anti-hipertensivo.

Realizar os seguintes exames o mais breve possível (em, no máximo, 6 dias)

- Ecografia de carótidas e vertebrais com Doppler;
- Ecocardiograma com Doppler;
- Eletrocardiograma;
- Exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, creatinina, ureia, sódio, potássio, colesterol total, HDL, triglicerídeos.

Checklist de alta para domicílio

- Fornecer as medicações dos primeiros 7 dias após alta hospitalar;
- Agendar consulta em ambulatório neurovascular até 7 dias da alta hospitalar;
- Encaminhamento para Unidade de Atenção Primária para gerenciar cuidado e realizar a prevenção secundária;
- Orientação aos pacientes e familiares para chamar o Atendimento Móvel de Urgência SAMU (192) ou procurar a Emergência de uma unidade hospitalar se novo sintoma de AVC.

Definido diagnóstico de AVC agudo

O AVC agudo pode ser classificado em:

- AVC isquêmico
 - » com < 4h de evolução
 - » com > 4h de evolução
- AVC hemorrágico
 - » hemorragia intraparenquimatosa
 - » hemorragia subaracnoidea espontânea

AVC isquêmico com < 4h de evolução

- Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): **neurologista, clínico ou enfermeiro (ver Anexo B).**
- Avaliar a realização de trombólise endovenosa com Alteplase, considerando os critérios a seguir:

➤ Critérios de inclusão

- a) AVC isquêmico em qualquer território encefálico;
- b) Possibilidade de iniciar a infusão da Alteplase dentro de **4 horas e 30 minutos do início dos sintomas** (para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido);
- c) Tomografia do crânio (TC) ou Ressonância Magnética (RM) sem evidência de hemorragia;
- d) Idade superior a 18 anos.

➤ Critérios de exclusão

- a) Uso de anticoagulantes orais com tempo de pró-trombina (TP) > 15 segundos (RNI>1,7);
- b) Uso de **heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado;**
- c) **AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave** nos últimos **três meses;**
- d) **História pregressa** de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
- e) TC de crânio com **hipodensidade precoce $\geq 1/3$ do território da artéria cerebral média;**
- f) Pressão arterial **(PA) sistólica ≥ 185 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo)** refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- g) **Melhora completa** dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- h) Déficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
- i) **Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo** dentro das **últimas 2 semanas;**

- j) Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
- k) Punção arterial em local não compressível na **última semana**;
- l) Coagulopatia com TP prolongado ($RNI > 1,7$), TTPa elevado, ou plaquetas $< 100.000/mm^3$;
- m) Glicemia < 50 mg/dL com reversão dos sintomas após a correção;
- n) Evidência de endocardite ou êmbolo séptico;
- o) Gravidez (contra-indicação relativa);
- p) Infarto do miocárdio recente – nos últimos 3 meses (contra-indicação relativa);
- q) Suspeita clínica de hemorragia subaracnoidea ou dissecação aguda de aorta.

Não são considerados critérios absolutos de exclusão, caso o neurologista responsável pelo tratamento trombolítico esteja convicto de que não estão relacionados ao déficit neurológico agudo: glicemia > 400 mg/dl, crise epiléptica no início do déficit neurológico e diagnóstico de aneurisma cerebral. Da mesma forma, IAM nos últimos 3 meses é uma contra-indicação relativa nos casos de infarto transmural recente pelo risco de pericardite hemorrágica aumentado.

Pacientes com critério de exclusão para trombólise: deverão seguir o mesmo manejo que paciente com > 4 horas de evolução.

Consentimento pós-informação – É necessária a discussão com os familiares ou responsáveis sobre os riscos e benefícios do tratamento, bem como realizar o adequado registro por escrito no prontuário do paciente.

Iniciar protocolo de trombólise:

- Alteplase 50mg/50mL: administrar 0,9mg/kg (até dose máxima de 90mg) - 10% do volume EV em bolus e o restante em bomba de infusão em 1 hora. Para pacientes com alto risco de sangramento, utilizar dose de 0,6mg/kg (até dose máxima de 90mg) - 15% do volume EV em bolus e o restante em bomba de infusão em 1 hora.

Cuidados gerais imediatos após trombólise

- Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitorização cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar e glicemia capilar);
- Realizar Eletrocardiograma (ECG) em 12 derivações;

- Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina e ureia;
- **Manejo dos parâmetros fisiológicos:**
 - a. Pressão Arterial (PA):

A PA deve ser controlada com anti-hipertensivo EV e mantida < 180/105mmHg. Tentar manter PAS preferencialmente > 160 mmHg;

Se o paciente apresentar PAS < 140 mmHg com o tratamento anti-hipertensivo, iniciar infusão de solução de cloreto de sódio 0,9% 500 ml em bolus e suspender o anti-hipertensivo; se a reposição volêmica não for efetiva, iniciar vasopressor;
 - b. Manter monitorização cardíaca contínua para detecção precoce de alterações miocárdicas isquêmicas ou arritmias;
 - c. Considerar intubação orotraqueal se Glasgow ≤ 8 ou sinal clínico de insuficiência respiratória (pO₂ < 60mmHg ou pCO₂ > 50 mmHg).

Atenção:

- **Durante a internação hospitalar**, seguir protocolos assistenciais validados para o AVC e **iniciar atendimentos por equipe especializada de reabilitação**, sendo o objetivo principal incentivar a desospitalização precoce e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento.
- Para auxiliar o seu trabalho, consulte o site Rede Brasil AVC e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

Prescrição **após 24h** da realização da trombólise:

- Dieta suspensa até avaliação da adequada capacidade de deglutição;
- Sinvastatina 40 mg/dia via oral (VO) ou por sonda nasoentérica (SNE) (ou estatina disponível no hospital em dose equivalente);
- AAS 100mg/dia;
- Se contraindicação ao AAS: Clopidogrel 75 mg 4 comprimidos VO no primeiro dia, seguidos de 75 mg/dia;
- Profilaxia de trombose venosa profunda – (TVP): enoxaparina 40 mg SC 1x/dia ou heparina não fracionada 5.000 UI, SC, 8/8 h (conforme disponibilidade)
- O paciente deve sair da internação com a investigação etiológica completa da causa do AVC - classificação de TOAST (ver Anexo C). Se não disponível na unidade hospitalar, encaminhar o paciente para realização dos seguintes procedimentos:
 - » **Todos os pacientes**: ECG em repouso, ecocardiograma, ecodoppler de carótidas e rastreio para diabetes e dislipidemia.

- » Pacientes **< 45 anos** ou **≥ 45 anos que não apresentam fatores de risco e com investigação inicial negativa**: a investigação pode incluir ressonância magnética de crânio, estudo de imagem dos vasos intra e extracranianos, rastreio para causas inflamatórias, trombofilias e doenças genéticas (quando história clínica compatível).
- » **Paciente sem etiologia identificada**: solicitar Holter de 24h para avaliação de fibrilação atrial paroxística.

Realizar Plano de Alta Hospitalar com:

- Diagnóstico e informação médica relevante;
- Receita médica completa;
- Indicação dos tratamentos especializados de equipe multidisciplinar de que o paciente necessitará;
- Avaliar a indicação de atenção domiciliar – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- Indicação de necessidades especiais (ex. cadeira de rodas, colchão específico);
- Encaminhamento à unidade de Atenção Primária de referência para coordenação do cuidado e prevenção secundária;
- Objetivos a serem atendidos com a reabilitação.

AVC isquêmico com > 4h de evolução

- Se AVC isquêmico com > 4 horas de evolução ou com < 4 horas e não candidato a trombólise, não é necessário o manejo em hospital de referência no atendimento do AVC.
- Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): neurologista, clínico ou enfermeiro (ver Anexo B)

Cuidados gerais

- Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitorização cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar e glicemia capilar);
- Realizar eletrocardiograma (ECG) em 12 derivações;
- Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina e ureia;
- Considerar intubação orotraqueal se Glasgow ≤ 8 ou sinal clínico de insuficiência respiratória (pO₂ < 60mmHg ou pCO₂ > 50 mmHg);

- Manter glicemia > 70 mg/dl e < 200 mg/Dl;
- Manter monitoração cardíaca contínua para detecção precoce de alterações miocárdicas isquêmicas ou arritmias;
- Suspender dieta até avaliação da adequada capacidade de deglutição;
- Realizar teste de triagem para disfagia (conforme fluxo de rastreamento de disfagia do Manual de rotinas para atenção ao AVC - MS). Não havendo alteração ao teste, iniciar medicação oral e dieta pastosa hipossódica, com cabeceira a 90°, sob supervisão;
- Administrar antitérmico se temperatura axilar (T_{ax}) ≥ 37,5° C;
- Administrar AAS 300mg VO uma vez ao dia;
- Se contraindicação ao AAS: Clopidogrel 75 mg 4 comprimidos VO no primeiro dia seguidos de 75 mg/dia;
- Administrar anti-hipertensivo VO ou EV se PAS ≥ 220 mmHg ou PAD ≥ 120 mmHg ou se outra condição clínica exigir, fazer controle mais rigoroso. Se o paciente apresentar PAS < 140 mmHg com o tratamento anti-hipertensivo, iniciar infusão de solução de cloreto de sódio 0,9% 500 ml em bolus e suspender o anti-hipertensivo; se a reposição volêmica não for efetiva, iniciar vasopressor;
- Administrar hidratação com cloreto de sódio 0,9% endovenoso contínuo (atenção ao volume infundido em pacientes sabidamente cardiopatas). Não utilizar solução glicosada isotônica 5% para repor volume;
- Administrar sinvastatina 40 mg/dia, via oral ou por sonda nasoentérica (ou estatina disponível no hospital em dose equivalente);
- Profilaxia de trombose venosa profunda (TVP): enoxaparina 40 mg SC 1x/dia ou heparina não fracionada 5000 UI, SC, 8/8 h (conforme disponibilidade);
- O paciente deve sair da internação com a investigação etiológica completa da causa do AVC – classificação de TOAST (ver Anexo C). Se não disponível na unidade hospitalar, encaminhar o paciente para realização dos seguintes procedimentos:
 - » **Todos os pacientes:** ECG em repouso, ecocardiograma, ecodoppler de carótidas e rastreio para diabetes e dislipidemia.
 - » **Pacientes com < 45 anos ou ≥45 anos que não apresentam fatores de risco e com investigação inicial negativa:** a investigação pode incluir ressonância magnética de crânio, estudo de imagem dos vasos intra e extracranianos, rastreamento para causas inflamatórias, trombofilias e doenças genéticas (quando história clínica compatível).
 - » **Paciente sem etiologia identificada:** solicitar Holter de 24h para avaliação de fibrilação atrial paroxística.

Atenção:

- **Durante a internação hospitalar**, seguir protocolos assistenciais validados para o AVC e **iniciar atendimento por equipe especializada de reabilitação**, sendo o objetivo principal incentivar a desospitalização precoce e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento.
- Para auxiliar o seu trabalho, consulte o site Rede Brasil AVC e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

Realizar Plano de Alta Hospitalar:

- Diagnóstico e informação médica relevante;
- Receita médica completa;
- Indicação dos tratamentos especializados de equipe multidisciplinar de que o paciente necessitará;
- Avaliar a indicação de atenção domiciliar - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- Indicação de necessidades especiais (ex. cadeira de rodas, colchão específico);
- Encaminhamento à unidade de Atenção Primária de referência para coordenação do cuidado e prevenção secundária;
- Objetivos a serem atendidos com a reabilitação.

AVC hemorrágico

Hemorragia Intraparenquimatosa

Planejamento Terapêutico

Cuidados

- Considerar intubação orotraqueal em pacientes com rebaixamento de consciência (Glasgow ≤ 8) e claro sinal clínico de insuficiência respiratória ($pO_2 < 60\text{mmHg}$ ou $pCO_2 > 50\text{ mmHg}$), ou se evidente risco de aspiração;
- Manter pressão arterial (PA) sistólica em torno de 140 mmHg; controle da PA é fundamental para evitar a expansão do hematoma:
 - » PA sistólica > 200 ou PA média $> 150\text{mmHg}$: redução agressiva da PA com medicação endovenosa (EV) contínua e monitorização preferencialmente invasiva contínua (na impossibilidade de monitorização invasiva, monitorar de forma intermitente a cada 5 min);

- » PA sistólica > 180 ou PAM > 130 mmHg com possibilidade de hipertensão intracraniana (hic): monitorização da pressão intracraniana (PIC) e redução da PA usando medicações EV contínuas ou intermitentes, mantendo a PPC $\geq$ 60mmHg;
- Controle da temperatura corporal de 2/2h, mantendo a temperatura axilar abaixo de 37,5°C com manejo agressivo, se necessário;
- Evitar o uso de solução glicosada a 5%, dando preferência ao cloreto de sódio 0,9%, objetivando a euvolemia.

Atenção:

- Pacientes com história pregressa de epilepsia ou com crise convulsiva durante o atual evento devem receber anticonvulsivante em dose de manutenção (fenitoína 100 mg, 8/8h, por via oral). Nos demais casos, não há indicação de profilaxia com anticonvulsivantes. Obs.: fenitoína não deve ser administrada por SNE;
- A monitoração da PIC deve ser instituída nos pacientes com Glasgow < 9 ou com rápida piora neurológica. Aqueles pacientes com hematomas muito volumosos (supratentorial >10mL e infratentorial > 3mL) ou hemoventrículo e com necessidade de sedação, também podem ser candidatos à monitoração da PIC. O objetivo é mantê-la < 20 mmHg, com pressão de perfusão cerebral > 60 mmHg.
- Tratamento cirúrgico do hematoma deve ser considerado em pacientes com: hemorragia cerebelar com deterioração neurológica ou com compressão do tronco cerebral e/ou hidrocefalia por obstrução ventricular (cirurgia de urgência o mais breve possível); pacientes apresentando hematomas lobares supratentoriais > 30mL, a menos de 1cm do córtex; hemorragia intracraniana associada à lesão estrutural; pacientes jovens com moderadas ou grandes hemorragias lobares que estejam clinicamente deteriorando.
- A ventriculostomia com monitorização da PIC intraventricular deve ser realizada nos casos de hidrocefalia aguda, sem hematoma a ser drenado (hemorragias intraventriculares ou hemorragias de tronco cerebral). Nos casos de sangramento em área suspeita de aneurisma cerebral, solicitar exame de imagem para estudo vascular cerebral.
- A hipertensão arterial é a causa mais comum de AVC hemorrágico. Investigar a etiologia em pacientes normotensos, pacientes jovens, clinicamente estáveis, sem causa clara para a hemorragia. Solicitar um exame para avaliação vascular: angiotomografia, para excluir aneurisma ou malformação arteriovenosa ou, eventualmente, angiorressonância. Se persistir a dúvida etiológica, deve ser realizada arteriografia (padrão ouro para diagnóstico de aneurisma, malformação arteriovenosa - MAV, trombose de seio venoso ou fístula dural). A ressonância magnética (RM) de crânio em

fase tardia pode ser útil no diagnóstico de pacientes normotensos, com angiografia normal e suspeita de cavernoma ou malformações arteriovenosas, que sejam candidatos a intervenção ou ainda neoplasia.

Hemorragia Subaracnoidea Espontânea (HSAe)

- Estes pacientes devem ser imediatamente transferidos para centros de alta complexidade em neurocirurgia para tratar o aneurisma em até 48h.

Manejo Inicial

- » Realizar o mais breve possível exame dos vasos intracranianos para documentar a presença de aneurismas cerebrais ou, mais raramente, MAV. Esse exame pode ser uma angiografia (padrão ouro) ou um exame não invasivo como, preferencialmente, a angiotomografia ou, na impossibilidade desta, a angiorressonância cerebral;
- » Repouso absoluto no leito para diminuir o risco de ressangramento;
- » A pressão arterial deve ser monitorada e controlada, levando em conta o risco de ressangramento e a pressão de perfusão cerebral (PPC);
- » Pacientes com história pregressa de epilepsia, ou com crise convulsiva durante o atual evento, devem receber anticonvulsivante em dose de manutenção (fenitoína 100 mg 8/8h por via oral). Nos demais casos, não há indicação de profilaxia com anticonvulsivantes. Obs.: fenitoína não deve ser administrada por SNE.

Atenção:

- Clipagem cirúrgica ou tratamento endovascular precoce do aneurisma roto deve ser realizado o mais brevemente possível para reduzir a taxa de ressangramento (idealmente nas primeiras 48 horas da hemorragia) e permitir um melhor tratamento do vasoespasmo;
- O vasoespasmo cerebral é uma condição muito frequentemente associada à HSA (geralmente a partir do terceiro dia) e deve ser sistematicamente monitorado através do Doppler transcraniano (DTC). Se este não estiver disponível, pode ser utilizada a angiotomografia de vasos intracranianos. O diagnóstico definitivo é feito por meio de angiografia cerebral;

- Pacientes com vasoespasma sintomático devem ser manejados com hidratação e aumento da pressão arterial e, se não houver melhora do quadro neurológico focal em 1-2 horas, recomenda-se angioplastia cerebral e/ou uso de vasodilatador intra-arterial.

Cuidados gerais para ambas as condições de AVC hemorrágico:

- Dieta oral suspensa até avaliação formal da deglutição (preferencialmente por fonoaudiólogo – SNE se impossibilidade de VO);
- Monitoração contínua: PA invasiva, ECG, SatO₂;
- Diurese: 6/6 horas;
- Cabeceira elevada a 30°;
- Profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) (medicamentosa a partir de 48 horas após admissão, com enoxaparina 40 mg SC 1x/dia ou heparina não fracionada 5000 UI SC 8/8 h (conforme disponibilidade)
- Proteção gástrica (omeprazol 20 mg 1x/dia ou ranitidina 150 mg 2x/dia) conforme disponível na unidade hospitalar;
- Manter Tax < 37,5°C;
- Nimodipina 30 mg: 2 comprimidos de 4/4h (da chegada até 21 dias)

Durante a internação hospitalar, seguir protocolos assistenciais validados para o AVC e iniciar atendimento por equipe especializada de reabilitação, sendo o objetivo principal incentivar a desospitalização precoce e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento.

Para auxiliar o seu trabalho, consulte o site Rede Brasil AVC e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

Para ambas as condições de AVC hemorrágico, realizar Plano de Alta Hospitalar com:

- Diagnóstico e informação médica relevante;
- Receita médica completa;
- Indicação dos tratamentos especializados de equipe multidisciplinar de que o paciente necessitará;
- Indicação de necessidades especiais (ex., cadeira de rodas, colchão específico);
- Encaminhamento à unidade de Atenção Primária de referência para prevenção secundária;
- Objetivos a serem atendidos com a reabilitação.

AVC CRÔNICO



Todo paciente com AVC após fase aguda, deve ser tratado e acompanhado na **Atenção Primária à Saúde**.

AVC crônico é definido no paciente que se apresenta com sinais e sintomas neurológicos focais, sem progressão dos sintomas ao longo de **mais de 30 dias**. Uma vez definido o diagnóstico como AVC crônico, devemos avaliar se o paciente possui **investigação diagnóstica completa**, o que compreende:

- TC de crânio em até 1 semana a partir da data dessa avaliação;
- Todos os pacientes: ECG em repouso, ecocardiograma, ecodoppler de carótidas e rastreio para DM e dislipidemia;
- Pacientes < 45 anos ou ≥ 45 anos que não apresentam fatores de risco e investigação inicial negativa: a investigação pode incluir ressonância magnética de crânio, estudo de imagem dos vasos intra e extracranianos, rastreio para causas inflamatórias, trombofilias e doenças genéticas (quando história clínica compatível).

Caso o paciente não apresente todos os exames indicados, o médico da atenção primária à saúde, coordenador dos cuidados desse paciente, é o responsável por providenciá-los.

Se, por outro lado, o paciente já tiver sido submetido a investigação completa, devemos realizar o planejamento terapêutico, que inclui:

- Tratamento farmacológico
 - » AAS 100 mg/dia (se alergia ou intolerância à AAS, prescrever clopidogrel 75 mg/dia);
 - » Clopidogrel 75 mg/dia associado a AAS nos pacientes que apresentaram AVC em uso prévio de AAS ou naqueles com evidência de doença aterosclerótica carotídea (obstrução da carótida ipsilateral à lesão cerebral maior que 50%);
 - » Sinvastatina 40mg/dia.
- Definir grau de reabilitação dependendo do acometimento neurológico e clínico:
 - » Realizar avaliação funcional com aplicação da Escala de Rankin (ver Anexo F) para auxiliar na definição de cuidados multidisciplinares e Checklist pós-AVC (ver Anexo G);
 - » Identificar deficiências motoras;
 - » Negligência visual: identificar problemas de mobilidade e para execução de atividades diárias;

- » Avaliação da deglutição (risco de pneumonia de aspiração) e fala;
- » Avaliação e manejo de desnutrição: necessidade de alimentação por sonda;
- » Se deficiência cognitiva, prover suporte educacional para paciente e família;
- » Identificar deficiência de memória: problemas que afetam as atividades diárias;
- » Otimizar o tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes (DM);
- » Manejo de dor;
- » Manejo de espasticidade grave;
- » Manutenção de tratamento de convulsões pós-AVC;
- » Avaliação e manejo de sintomas de depressão e ansiedade pós-AVC;
- » Manejo de complicações urinárias e intestinais;
- » Planejamento do retorno ao trabalho (terapeuta ocupacional e assistente social).

Planejamento de reavaliações

- Encaminhar para equipe multidisciplinar quando indicado conforme Escore de *Rankin* e *Checklist* pós-AVC (Ver anexos);
- Encaminhar para avaliação com nutricionista em 7 dias. Retorno para reavaliação em 30 dias se diabetes, obesidade ou desnutrição; nos demais, em 3 meses. Pacientes diabéticos, obesos e desnutridos devem manter acompanhamento a cada 6 meses; os demais anualmente;
- Avaliações médicas em 7 dias, no 3º mês, no 6º mês e, após, a cada 6 meses;
- Avaliação com a equipe de enfermagem em 30 dias e reavaliações a cada 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para:

- Neurologista:
 - » AVC hemorrágico sem etiologia definida;
 - » AVC isquêmico em paciente com menos de 45 anos;
 - » AVC isquêmico com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma);
 - » AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%;

- » Paciente com estenose de carótida assintomática maior que 70%.
 - ♦ Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.
- Cirurgia vascular ou neurocirurgia:
 - » AVC isquêmico ou AIT em pacientes com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico;
 - » Pacientes com estenose de carótida assintomática maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios com neurologista.
 - ♦ Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.

Equipe de enfermagem:

- Prevenção ou manejo de úlcera por pressão;
- Orientações quanto ao manejo de incontinência vesical e fecal;
- Orientações para autocuidado e adesão ao tratamento;
- Apoio na reestruturação familiar pós-AVC;
- Avaliação de pacientes com mobilidade reduzida;
- Prevenção de quedas;
- Orientações quanto à organização domiciliar e segurança do paciente;
- Avaliar a necessidade de atenção domiciliar pela unidade de atenção primária e/ou acionar o apoio do programa **Melhor em Casa** quando indicado e disponível.

Para auxiliar o seu trabalho, consulte o manual abaixo.

“Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC”

Acesse a publicação online:

<https://drive.google.com/file/d/1UUoYNR7jcPkgbH5SK3hWLypofYSKmK2W/view>



Prevenção secundária:

- Controle da HAS: manter PA < 120/80 mmHg durante acompanhamento;
- Controle da DM: manter HbA1c < 6,5%; se idoso, manter em 7%;
- Anticoagulação oral em pacientes com AVC isquêmico por fibrilação atrial, caso não haja contraindicação;
- Tratamento da obesidade conforme protocolo:
 - [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_obesidade_TSRS_190624_rev_005_\(2\).pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_obesidade_TSRS_190624_rev_005_(2).pdf)
- Orientações e manejo para cessação de tabagismo, conforme protocolos abaixo:
 - » https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_tabagismo_TSRS_20160321.pdf
 - » Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do tabagismo: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatrio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf
- Tratamento da dislipidemia;
- Orientação quanto à prática de atividade física regular;
- Avaliação e prevenção de osteoporose devido ao maior risco de quedas em pacientes pós-AVC;
- Avaliação de uso abusivo e dependência de álcool;
- O uso de anticoncepcional oral está contraindicado em mulheres em idade fértil pós-AVC, devendo-se avaliar outros métodos contraceptivos;
- Está contraindicado o uso de terapia de reposição hormonal;
- Orientar o paciente para sinais de alerta de novos episódios de AVC e, caso necessário, acionar o Serviço de Atendimento Móvel / SAMU (192);
- Utilizar e orientar o paciente para utilização do Riscômetro de AVC (disponível no AppleStore e no GooglePlay) – aplicativo para avaliação de risco cardiovascular a longo prazo e orientações de medidas de prevenção.

Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos devem começar no diagnóstico de qualquer doença com risco de morte e aumentar gradualmente com a redução da expectativa de sobrevida ou ausência de tratamentos com impacto na história natural da doença.

- Os objetivos da identificação precoce das pessoas com indicação de cuidados paliativos podem ser resumidos em:
 - » Melhora da qualidade de vida do paciente e sua família;
 - » Atenção integral e centrada na pessoa com avaliação multidimensional;
 - » Início do processo de decisões antecipadas, explorando valores e preferências dos pacientes;
 - » Participação ativa do paciente e familiares, explorando valores, preferências e preocupações;
 - » Revisão das comorbidades e tratamentos;
 - » Suporte ao cuidador principal;
 - » Definir, compartilhar e iniciar um plano terapêutico integral e multidimensional;
 - » Atenção integrada, organizando todos os serviços envolvidos nos cuidados do paciente;
 - » Registrar e compartilhar a informação clínica relevante com todos os serviços envolvidos.
- Os principais critérios para indicação em pacientes que sofreram um AVC contemplam a avaliação nutricional e capacidade funcional. Na presença de pelo menos um dos itens abaixo, devemos iniciar a abordagem de cuidados paliativos:
 1. Grau de deambulação: permanece principalmente na cama;
 2. Atividade / extensão da doença: incapaz de trabalhar;
 3. Incapacidade para autocuidado;
 4. Ingesta alimentar e hídrica diminuída;
 5. Estado de consciência: sonolento / confuso;
 6. Perda de peso > 10% durante 6 meses anteriores;
 7. Perda de peso > 7,5% nos últimos 3 meses;
 8. Albumina sérica < 2,5 g / dl;
 9. História atual de aspiração pulmonar, sem resposta efetiva das intervenções fonoaudiológicas.

As equipes de atenção primária têm papel importante na oferta de cuidados paliativos e, em geral, estão mais próximas das pessoas que os serviços especializados. Assim, não necessariamente há a indicação da intervenção de equipe especializadas nesses cuidados, uma vez que isso dependerá da complexidade do cuidado. Existe também a possibilidade de outros arranjos para cuidados paliativos, adaptados a cada contexto de atenção ao paciente.

Em caso de dúvidas ou maiores informações, solicitar apoio ao canal de consultoria do **Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde pelo telefone 0800 644 6543**.

TABELA DE MEDICAMENTOS

COMO CONSTA AO LONGO DO TEXTO	DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO/COMPOSIÇÃO + FORMA FARMACÊUTICA
AAS 100 mg	ácido acetilsalicílico	100 mg comprimido
Alteplase	Alteplase	50 mg pó para solução injetável
Captopril 25 mg	captopril	25 mg comprimido
Clopidogrel 75 mg	clopidogrel	75 mg comprimido
Cloridrato de ranitidina	cloridrato de ranitidina	15 mg/mL xarope
		150 mg comprimido
Dipirona 1 ampola IV	dipirona	500 mg/mL solução injetável
Enalapril 5mg	maleato de enalapril	5 mg comprimido
Enoxaparina 40 mg - heparina de baixo peso molecular	enoxaparina sódica	40 mg/0,4 mL solução injetável
Fenitoína 100 mg	fenitoína	100 mg comprimido
Glicose hipertônica 50% 20 ml	glicose	500 mg/mL (50%) solução injetável
Heparina não fracionada 5000 UI	heparina sódica	5.000 UI/0,25 mL solução injetável
Omeprazol 20 mg	omeprazol	20mg comprimido
Sinvastatina 40mg (ou estatina)	sinvastatina	40 mg comprimido

BIBLIOGRAFIA



ADAM JUNIOR, H. P. *et al.* Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. **Circulation**, v. 115, n. 20, p. e478-e534, may 2007. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181486.

ANDERSON, C. S. *et al.* Low-Dose versus Standard-Dose Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke. **The New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 24, p. 2313-2323, jun. 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1515510.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, DF: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, DF: MS, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 9 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_rename.pdf. Acesso em: 16 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rotinas no AVC: pré-hospitalar e hospitalar**. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: http://www.acaoavc.org.br/admin/wp-content/uploads/2015/10/6.3.7-rotinas_no_avc_abril_2009.pdf. Acesso em: 3 dez. 2019.

CAMARGO, N. A. *et al.* **Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1UUoYNR7jcPkgbH5SK3hWLypofYSKmK2W/view>. Acesso em: 12 dez. 2019.

THE EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE COMMITTEE; ESO WRITING COMMITTEE. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. **Cerebrovascular Disease**, v. 25, n. 5, p. 457-507, maio 2008. DOI 10.1159/000131083
FURIE, K. L. *et al.* Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or

transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. **Stroke**, v. 42, n. 1, p. 227-276, jan. 2011. DOI: 10.1161/STR.0b013e3181f7d043.

GLOBAL STROKE COMMUNITY ADVISORY PANEL. **Post Stroke Checklist (PSC)**. [S. l.]: World Stroke Organization, 2012.

HACKE, W. et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. **The New England Journal of Medicine**, v. 359, n. 13, p. 1317-1329, set. 2008. DOI: 10.1056/NEJMoa0804656.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Diretriz Assistencial: Ataque Isquêmico Transitório**. 2010. Disponível em: [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340279985AIT%20\(1\).pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340279985AIT%20(1).pdf). Acesso em: 10 dez. 2019.

INEURO. **ESCORE ABCD para Ataque Isquêmico Transitório / AIT**. 2005. Disponível em: <http://www.ineuro.com.br/wp-content/uploads/ESCALA-ABCD-para-AIT.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2019.

INSTITUTO ESPERANÇA DE ENSINO SUPERIOR. **Como é a nova escala de coma de Glasgow e qual a sua importância?** 30 abr. 2018. Disponível em: <https://www.iespe.com.br/blog/nova-escala-de-coma-de-glasgow/>. Acesso em: 6 dez. 2019.

LIMA, F. O. et al. Field Assessment Stroke Triage for Emergency Destination: A Simple and Accurate Prehospital Scale to Detect Large Vessel Occlusion Strokes. **Stroke**, v. 47, n. 8, p. 1997-2002, ago. 2016. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.013301.

MARTINS, S. C. O. et al. Past, present and future of stroke in middle income countries: the brazilian experience. **Int. J. Stroke**, v. 8, n. A100, p. 106-111, out. 2013. DOI: 10.1111/ijls.12062.

MESCHIA, J. F. et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 45, n. 12, p. 3754-3832, dez. 2014. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.

STEIGER, N.; CIFU, A. S. Primary Prevention of Stroke. **JAMA**, v. 316, n. 6, p. 658-659, ago. 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.5529.

THE EUROPEAN STROKE ORGANISATION EXECUTIVE COMMITTEE AND THE ESO WRITING COMMITTEE. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. **Cerebrovascular Disease**, v. 25, n. 5, p. 457-507, may 2008. DOI: 10.1159/000131083.

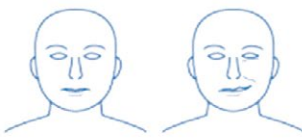
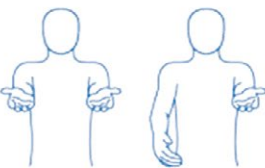
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Telecondutas: Acidente Vascular Cerebral**. Porto Alegre: TelessaúdeRS, UFRGS, 2018. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_avc.pdf. Acesso em: 5 dez. 2019.

ANEXOS



Anexo A – ESCALA DE CINCINATTI

Avaliação 3Fs: Face, Força e Fala

Escala de Cincinatti (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

Anexo B – NIH STROKE SCALE (NIHSS)

ESCALA DE AVC DOS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
Instruções	Definições da Escala	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1a. Nível de Consciência: sempre escolher uma resposta, mesmo que uma avaliação completa seja prejudicada por obstáculos, como tubo endotraqueal, barreira de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Pontuar 3 somente se o paciente não apresentar movimentos (outro que postura reflexa) em resposta ao estímulo doloroso.	0= Alerta; responde com vivacidade. 1= Não está alerta, mas desperta com estímulo menor, obedecendo e respondendo. 2= Não está alerta, necessita de estimulação repetida para atender ou está obnubilado necessitando de estimulação forte ou dolorosa para fazer movimentos (não estereotipados). 3= Responde somente com reflexos motores ou automáticos ou totalmente irresponsivo, flácido, arreflexo				

continua

continuação

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
Instruções	Definições da Escala	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1b. Nível de Consciência: Perguntas: perguntar o mês atual e a idade do paciente. A resposta deve ser correta. Não existe crédito parcial para uma resposta aproximada. Pacientes afásicos ou estuporosos que não compreendem as questões pontuam 2. Pacientes incapazes de falar por intubação endotraqueal, trauma orotraqueal, disartria severa por qualquer causa, barreira de linguagem ou qualquer outro problema não secundário à afasia, pontuam 1. É importante que somente a resposta inicial seja pontuada e que o examinador não ajude o paciente com “dicas” verbais ou não verbais.	0= Responde a ambas as questões corretamente. 1= Responde a uma questão corretamente. 2= Nenhuma questão é respondida corretamente.				
1c. Nível de Consciência:- Comandos: solicitar ao paciente para fechar e abrir os olhos e, após, fechar e abrir a mão não parética. Substitua por outro comando de uma etapa se as mãos não podem ser usadas. Pontue se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada por fraqueza muscular. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser-lhe demonstrada (pantomima), pontuando o resultado (obedece a dois, um ou nenhum comando). Pacientes com trauma, amputação ou outros impedimentos físicos devem receber comandos de uma etapa adequados. Somente a primeira tentativa é pontuada	0= Executadas ambas as tarefas corretamente. 1= Executa somente uma tarefa corretamente. 2= Nenhuma tarefa é executada corretamente.				

continua

continuação

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
Instruções	Definições da Escala	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
2. Melhor Olhar Conjugado: somente movimentos oculares horizontais serão testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálicos) serão pontuados, mas testes calóricos não serão feitos. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar que pode ser sobrepujado por atividade reflexa ou voluntária, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma paresia isolada de nervo periférico (III, IV ou VI), pontue 1. O olhar conjugado é testável em todos pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira pré-existente ou outro transtorno da acuidade ou campos visuais deve ser feita pelo investigador. Estabelecer contato com os olhos e movimentar-se de um lado para o outro em frente ao paciente poderá tornar clara a presença de uma paralisia parcial de movimento ocular.	0= Normal. 1= Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar conjugado for anormal em um ou em ambos os olhos, mas quando não houver um desvio forçado ou paralisia total do olhar conjugado. 2= Desvio forçado ou paralisia total do olhar conjugado não modificada pela manobra oculocefálica.				
3. Campos Visuais: os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando movimentos dos dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. Se o paciente olha apropriadamente para o lado dos dedos em movimento, isso pode ser pontuado com normal. Se existe cegueira ou enucleação unilateral, os campos visuais no olho remanescente são pontuados. Pontua 1 somente se uma clara assimetria é encontrada, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontua 3. Utilizar estimulação dupla simultânea nesta etapa. Se existe extinção, o paciente recebe 1 e os resultados serão utilizados para responder à questão 11.	0 = Sem perda visual. 1= Hemianopsia parcial. 2= Hemianopsia parcial. 3= Hemianopsia bilateral (cegueira incluindo cegueira cortical).				

continua

continuação

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
Instruções	Definições da Escala	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
4. Paralisia Facial: Pergunte, ou use pantomima, para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou elevar as pálpebras e fechar os olhos. Pontue a simetria da expressão facial em resposta ao estímulo nocivo no paciente com pouca resposta ou que não compreende. Se trauma, curativo, entubação endotraqueal ou outras barreiras físicas obscurecerem a face, devem ser removidos na medida do possível.	0= Movimento simétrico normal. 1= Paralisia leve (sulco nasolabial apagado, assimetria ao sorrir). 2= Paralisia parcial (paralisia total ou quase total da face inferior). 3= Paralisia completa de um ou ambos os lados (ausência de movimento facial nas faces superior e inferior).				
5 & 6: Motricidade de braços e pernas: o membro é colocado na posição apropriada: estenda os braços (palmas das mãos para baixo) 90 graus (se sentado) ou 45 graus (se deitado) e as pernas 30 graus (testar sempre em supino). Queda é pontuada se o braço cai antes de 10 segundo ou a perna antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado usando urgência na voz e pantomima, mas não estímulo nocivo. Cada membro é testado separadamente, iniciando com o braço não parético. Somente no caso de amputação ou fusão articular no ombro ou quadril pode a pontuação ser "9" e o examinador deve escrever claramente a explanação para pontuar "9".	5a. Braço esquerdo. 5b. Braço direito. 0+ Sem queda, a perna mantém 90 (ou 45) graus durante 10 seg. 1= Queda, mantém o membro 90 (ou 45) graus, mas cai antes dos 10 segundo, sem atingir a cama ou outro suporte. 2= Algum esforço contra gravidade; o membro não atinge ou não consegue manter os 90 (ou 45) graus; cai até a cama, mas existe algum esforço contra a gravidade. 3= Sem esforço contra a gravidade; o membro cai. 4= Sem movimento. 9= Amputação, fusão articular. Explicar:				

continua

continuação

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
Instruções	Definições da Escala	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
	6a. Perna esquerda. 6b. Perna direita. 0= Sem queda, a perna mantém os 30 graus durante os 5 segundos. 1= Queda, a perna cai antes dos 5 segundos, mas não atinge a cama. 2= Algum esforço contra gravidade; a perna cai na cama em 5 segundos, mas existe algum esforço contra a gravidade. 3= Sem esforço contra a gravidade; a perna cai imediatamente. 4= Sem movimento. 9= Amputação, fusão articular. Explicar:				
7. Ataxia apendicular: o objetivo deste item é identificar a existência da lesão cerebelar unilateral. Teste com ambos os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se de realizar o teste no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz-dedo e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados, e ataxia é pontuada somente se presente além da proporção causada por uma fraqueza muscular. Ataxia é considerada ausente no paciente que não pode compreender ou que está paralisado. Somente no caso de amputação ou fusão articular pode ser pontuado “9” e o examinador deve claramente escrever a explicação de não pontuar. No caso de cegueira, pedir para o paciente tocar o nariz a partir da posição de extensão do braço.	0= Ausente. 1= Presente em um membro. 2= Presente em dois membros. Se presente, ataxia em braço direito 1= Sim 2 = Não 9= Amputação, fusão articular. Explicar: Braço esquerdo 1= Sim 2= Não 9= Amputação, fusão articular. Explicar: Perna esquerda 1= Sim 2 = Não 9= Amputação, fusão articular. Explicar:				

continua

continuação

		ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
Instruções	Definições da Escala	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
8. Sensibilidade: testar sensibilidade ou expressão facial ao estímulo doloroso, ou retirada ao estímulo nocivo no paciente afásico ou obnubilado. Somente a perda da sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada como anormal, e o examinador deve testar tantas áreas (braços – não mãos, pernas, tronco, face) quantas vezes forem necessárias para avaliar acuradamente perda hemisensorial. Uma pontuação 2, “severa ou total”, somente deve ser dada quando uma perda severa ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Dessa forma, pacientes afásicos ou estuporosos provavelmente pontuarão 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco cerebral que tem perda bilateral da sensibilidade é pontuado 2. Se o paciente não responde e é quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são arbitrariamente pontuados 2.	0= Normal; sem perda da sensibilidade. 1= Perda da sensibilidade leve ou moderada; o paciente sente que a fincada é menos aguda no lado afetado; ou existe uma perda da dor superficial com a fincada, mas o paciente está ciente que está sendo tocado. 2= Perda severa ou total da sensibilidade; o paciente não está ciente de ter sido tocado na face, braço ou perna.				

continua

continuação

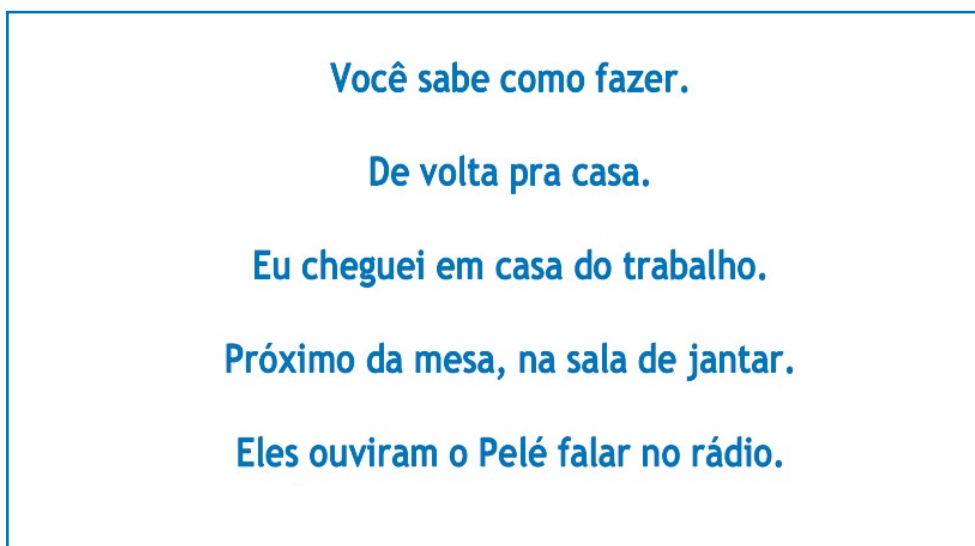
Instruções	Definições da Escala	ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
		HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
9. Melhor linguagem: Uma grande quantidade de informação sobre compreensão é obtida durante as sessões precedentes do exame. O paciente deve descrever o que está acontecendo na figura, nomear os itens na folha de nomeação e ler a lista de sentenças em anexo. A compreensão é julgada a partir dessas respostas bem como de todos os comandos no exame neurológico geral que precedeu. Se há interferência nos testes por perda visual, peça ao paciente para identificar objetos colocados na mão, repetir e falar. Ao paciente entubado deve ser solicitado escrever. O paciente em coma (questão 1a= 3) será arbitrariamente pontuado 3. O examinador deve escolher uma pontuação para o paciente em estupor ou com cooperação limitada, mas uma pontuação de 3 deve ser utilizada somente se o paciente está mudo e não segue nenhuma etapa dos comandos.	0= Sem afasia, normal. 1=Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou da facilidade de compreensão, sem limitação significativa nas ideias expressadas ou na forma de expressão. A redução da linguagem e/ou compreensão torna a conversação sobre o material apresentado difícil ou impossível. O examinador pode identificar, no material apresentado, figuras ou nomeações a partir das respostas do paciente. 2= Afasia severa; toda comunicação é por meio de expressão fragmentada; há grande necessidade de inferência, questionamento, e adivinhação pelo examinador. A variedade de informação que pode ser trocada limitada; o examinador carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar os materiais apresentados a partir das respostas do paciente. 3= Mudez, afasia global; sem linguagem aproveitável ou compreensão auditiva.				

continua

conclusão

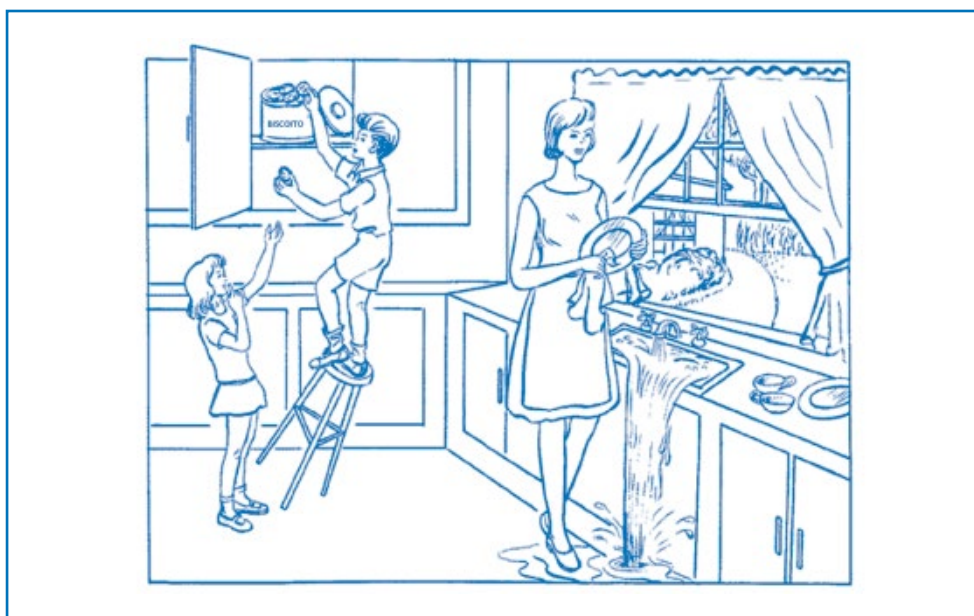
Instruções	Definições da Escala	ADMISSÃO	PRÉ	PÓS 6H	APÓS
		DATA	DATA	DATA	DATA
		HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10. Disartria: se o paciente é considerado normal, uma amostra adequada da linguagem deve ser obtida solicitando-se que leia ou repita as palavras da lista em anexo. Se o paciente tem uma afasia severa, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Somente se o paciente está entubado ou tem outras barreiras físicas para a produção da linguagem, este item pode ser pontuado "9" e o examinador deve claramente escrever uma explanação por não pontuar. Não diga ao paciente porque ele está sendo testado.	0= Normal. 1= Leve a moderada; o paciente arrasta pelo menos algumas palavras e, na pior situação, pode ser entendido com alguma dificuldade. 2= Severa; a fala do paciente é tão arrastada que torna-se ininteligível, na ausência ou desproporcional à qualquer disfasia, ou paciente é mudo/ anartrico. 9= Entubado ou outra barreira física. Explicar:				
11. Extinção e intenção (prévia negligência): informação suficiente para identificar negligência pode ser obtida durante a testagem anterior. Se o paciente tem uma perda visual severa que impede a estimulação visual dupla simultânea e o estímulo cutâneo, a pontuação é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atender a ambos os lados, a pontuação é normal. A presença de negligência espacial visual ou a anosgnosia pode ser considerada como evidencia de anormalidade. Como a anormalidade é pontuada somente se presente, este item nunca é não testável.	0= Sem anormalidade 1= Inatenção ou extinção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal à estimulação simultânea bilateral em uma das modalidades de sensibilidade. 2= Hemi-inatenção profunda ou hemi-inatenção a mais do que uma modalidade. Não reconhece sua própria mão ou orienta-se somente a um lado do espaço.				
→ NÃO UTILIZE O "9" PARA PONTUAÇÃO!	PONTUAÇÃO TOTAL NIHSS				

Figura 4 - Escala de AVC do NIH - item 9 - linguagem



Fonte: Neurology, 1999, v.53, p. 126-13.

Figura 5 - Escala de AVC do NIH - item 9 - linguagem



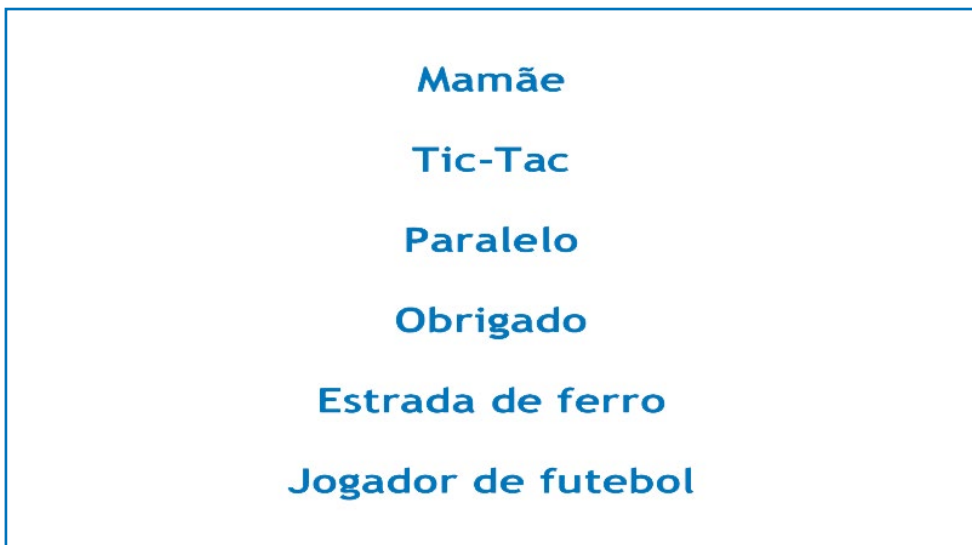
Fonte: Neurology, 1999, v.53, p. 126-13.

Figura 6 - Escala de AVC do NIH - item 9 - linguagem



Fonte: Neurology, 1999, v.53, p. 126-13.

Figura 6 - Escala de AVC do NIH - item 9 - disartria



Fonte: Neurology, 1999, v.53, p. 126-13.

Anexo C – Classificação de TOAST

Subdivide os infartos cerebrais em 5 grupos principais de acordo com a sua etiologia:

1 – Aterosclerose de grandes artérias

Nos infartos por aterosclerose de grandes artérias, os exames dos vasos (por intermédio de Doppler de carótidas, Doppler transcraniano, angiorressonância ou angiotomografia dos vasos cranianos) demonstram estenose maior que 50% ou oclusão de grandes ramos arteriais (intra ou extracranianos) do mesmo lado da lesão central ou placas complexas na aorta ascendente ou transversa (> 4mm). A tomografia do crânio (TC) ou ressonância magnética do crânio (RM) em geral demonstra lesões cerebrais maiores que 1,5cm de diâmetro. Outros exames devem excluir fontes potenciais de cardioembolia.

2 – Cardioembolismo

Os infartos cardioembólicos são decorrentes de oclusão de vaso cerebral por êmbolos provenientes do coração. As principais doenças cardíacas potencialmente emboligênicas podem ser classificadas em alto e médio risco de embolização, conforme tabela abaixo:

Fontes principais de grande e médio risco para cardioembolia, segundo a classificação do TOAST

FONTES DE ALTO RISCO	FONTES DE MÉDIO RISCO
Prótese valvar sintética	Prolapso de válvula mitral
Estenose mitral com fibrilação atrial	Calcificação do anel mitral
Fibrilação atrial (que não seja isolada)	Estenose mitral sem fibrilação atrial
Trombo atrial esquerdo sésil	Turbulência atrial esquerda
Doença do nó sinusal	Aneurisma do septo atrial
Infarto agudo do miocárdio recente (<4 semanas)	Forame oval patente
Trombo ventricular esquerdo	<i>Flutter</i> atrial
Cardiomiopatia dilatada	Fibrilação atrial isolada
Segmento acinético do ventrículo esquerdo	Prótese valvar biológica
Mixoma atrial	Endocardite asséptica
Endocardite infecciosa	Insuficiência cardíaca congestiva
-	Segmento hipocinético do ventrículo esquerdo
-	Infarto agudo do miocárdio com mais de 4 semanas e menos de 6 meses

3 – Oclusão de pequenas artérias (lacunas)

Nos infartos por oclusão de pequenas artérias cerebrais, também chamados infartos lacunares, o paciente apresenta clínica de síndrome lacunar (déficit neurológico sem comprometimento cortical) e, em geral, a TC ou RM demonstram lesões pequenas (lacunas) no território de artérias perforantes, ou seja, núcleos da base, tálamo, tronco cerebral, coroa radiada e cápsulas interna e externa menores que 1,5cm de diâmetro. Ocorrem por degeneração dos pequenos vasos e de arteríolas perforantes, por ação direta da hipertensão arterial crônica, associada ou não ao diabetes melito.

4 – Infartos por outras etiologias

Infartos com outras etiologias englobam todas as causas que diferem dessas três primeiras, por exemplo: vasculopatias não ateroscleróticas (Moyamoya, dissecção arterial), desordens hematológicas (anemia falciforme), coagulopatias (deficiência de fatores fibrinolíticos), vasculites (varicela, lúpus, meningite) etc.

5 – Infartos de origem indeterminada

Os infartos de causa indeterminada são aqueles que não se enquadram nas categorias anteriores, apesar de investigação completa.

Anexo D – Escala de Coma de Glasgow

É por meio dessa escala que é possível mensurar o nível de consciência dos pacientes com trauma crânioencefálico.

Com base nesses dados podemos encaminhar o paciente ao tratamento adequado.

É preciso marcar “NT” na pontuação caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação.

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

IMPORTANTE: A nova escala varia de **1 a 15**. Sendo a pontuação da **(resposta pupilar)** subtraída do total encontrado.

5 passos para utilizar a escala de coma de Glasgow corretamente:

1- Verifique:

Identifique fatores que podem interferir na capacidade de resposta do paciente. É importante considerar na sua avaliação se ele tem alguma limitação anterior ou devido ao ocorrido que o impede de reagir adequadamente naquele tópico (Ex: paciente surdo não poderá reagir normalmente ao estímulo verbal).

2- Observe:

Observe o paciente e fique atento a qualquer comportamento espontâneo dentro dos três componentes da escala.

3- Estimule:

Caso o paciente não aja espontaneamente nos tópicos da escala, é preciso estimular uma resposta. Aborde o paciente na ordem abaixo:

Estímulo sonoro: peça (em tom de voz normal ou em voz alta) para que o paciente realize a ação desejada

Estímulo físico: aplique pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária.

4- Pontue e some:

Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede o paciente de realizar a tarefa, é marcado NT (não testável). As respostas correspondem a uma pontuação que indicará, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2, M1 e P0, significando respectivamente a nota para ocular, verbal, motora e pupilar, com resultado geral igual a 7).

5- Analise a reatividade pupilar (atualização 2018):

Suspenda cuidadosamente as pálpebras do paciente e direcione um foco de luz para os seus olhos. Registre a nota correspondente à reação ao estímulo. Esse valor será subtraído da nota obtida anteriormente, gerando um resultando final mais preciso.

Essas reações devem ser anotadas periodicamente para possibilitar uma visão geral do progresso ou deterioração do estado neurológico do paciente.

Anexo E – Escore ABCD² para Acidente Isquêmico Transitório (AIT)

É utilizado para definir o grau de risco (alto, moderado ou baixo) de AVC isquêmico, principalmente durante os primeiros sete dias depois de um AIT. Utilizado para identificar e auxiliar na conduta clínica para pacientes com AIT na emergência (se é necessária investigação emergencial ou monitoramento mais intensivo).

Estudos mostram que 20% dos pacientes com AVCi apresentam AIT nas horas ou dias precedentes ao AVC.

Fator de Risco		Categoria	Escore
A	Idade (Age)	Idade ≥ 60 anos	1
		Idade < 60 anos	0
B	Pressão Arterial (Blood Pressure)	PAS>140 mmHg e/ou PAD>90 mmHg	1
		Outro	0
C	Sintomas Clínicos (Clinical Symptoms)	Fraqueza unilateral	2
		Distúrbio de linguagem sem fraqueza	1
		Outro	0
D	Duração do AIT (Duration of TIA)	≥ 60 minutos	2
		10-59 minutos	1
		<10 minutos	0
D	Diabetes	Sim	1
		Não	0
Total			0-7

Risco de apresentar um episódio de AVCi de acordo com o resultado do Escore ABCD²: de 6-7 = alto risco; de 4-5 = moderado risco; de 0-3 = baixo risco.

Anexo F – Escala de Rankin

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sem sintomas
1	Nenhuma incapacidade significativa: a despeito dos sintomas, capaz de conduzir todos os deveres e as atividades habituais
2	Leve incapacidade: incapaz de realizar todas as atividades prévias, porém é independente para os cuidados pessoais
3	Incapacidade moderada: requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Incapacidade moderadamente severa: incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência.
5	Deficiência grave: confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

Encaminhamento pós-alta hospitalar de acordo com o grau de incapacidade

ESCORE DO RANKIN			
de 0 a 1	Encaminhamento multidisciplinar		
	Abandono ao tabagismo		
de 2 a 3*	Fisioterapia 3 vezes por semana		
	Fonoaudiologia (se disfagia ou alteração na fala)		
	Abandono do tabagismo		
4* a 5*	Cuidado Domiciliar	Fisioterapia 3 vezes por semana	Enfermagem 1 vez por semana
		Fonoaudiologia (se disfagia ou alteração na fala)	
		Técnico de enfermagem 1 vez por dia	

*Pacientes com Escore de Rankin ≥ 3 devem ser idealmente encaminhados e acompanhados em Centros Especializados de Reabilitação (CER) por equipe multidisciplinar.

Atenção: considerar a individualidade de cada caso, como a necessidade de encaminhamento para terapeuta ocupacional, nutricionista, cirurgião-dentista e outros profissionais de saúde.

Anexo G – Checklist Pós-AVC (PSC)

O PSC foi desenhado para ser um checklist simples e fácil de fazer para suprir os aspectos mais amplos da qualidade de vida depois do acidente vascular cerebral. Ele deve ser conduzido com o paciente e com a ajuda do cuidador, se for necessário.

Instruções para o uso: Por favor, faça ao paciente cada uma das perguntas numeradas e marque a resposta na seção “resposta”. Se a resposta for “Não”, observar o progresso do paciente. Se a resposta do paciente for “Sim”, realizar o direcionamento apropriado.

1. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tem recebido alguma orientação sobre saúde, relacionada com as mudanças de estilo de vida ou medicamentos para prevenir outro acidente vascular cerebral?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Em caso positivo, encaminhar a um médico de assistência primária ou um neurologista para avaliação dos fatores de risco e o tratamento, se for o caso.	
2. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)				
Desde seu AVC ou de última avaliação, tem encontrado mais dificuldades para cuidar de si mesmo?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Tem dificuldades para vestir-se, lavar-se e / ou tomar banho? Tem dificuldades para preparar bebidas e/ ou comidas quentes? Tem dificuldades para sair de casa?	Em caso positivo, encaminhar a um médico de assistência primária, médico de reabilitação ou um terapeuta apropriado (p.ex.: TO ou fisioterapeuta) para uma avaliação adicional.
3. MOBILIDADE				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tem encontrado mais dificuldades para andar ou mover-se com segurança da cama até uma cadeira?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Continua recebendo terapia de reabilitação?	Em caso afirmativo atualizar registro do paciente e revisá-lo na próxima avaliação. Em caso negativo, encaminhar a um médico de assistência primária, médico de reabilitação ou um terapeuta apropriado (p.ex.: TO ou fisioterapeuta) para avaliação adicional

4. ESPASTICIDADE				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tem percebido aumento de rigidez em seus braços, mãos e / ou pernas?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Isso interfere nas atividades da vida diária, no sono ou mesmo causa dor?	Em caso afirmativo encaminhar o paciente a um médico especialista em espasticidade pós-AVC (p. ex.: médico de reabilitação ou neurologista especialista em AVC) para avaliação adicional. Em caso negativo atualizar registro do paciente e revisá-lo na próxima avaliação.
5. DOR				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tem sofrido algum novo tipo de dor?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Em caso afirmativo, encaminhar a um médico especialista em dor pós-AVC para avaliação adicional e diagnóstico.	
6. INCONTINÊNCIA				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tem observado mais problemas no controle da bexiga ou dos intestinos?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Em caso afirmativo, encaminhar a um médico especialista em incontinência.	
7. COMUNICAÇÃO				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tornou-se mais difícil comunicar-se com os demais?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→		

8. HUMOR/DISPOSIÇÃO				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, sente-se mais ansioso ou deprimido?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Em caso afirmativo, encaminhar a um médico ou psicólogo especialista em alterações de humor pós-AVC para avaliação adicional.	
9. COGNIÇÃO				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, tornou-se mais difícil pensar, concentrar-se ou lembrar-se das coisas?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Isso interfere em suas atividades ou em sua participação?	Em caso afirmativo , encaminhar a um médico ou psicólogo especialista em cognição pós-AVC para avaliação adicional. Em caso negativo, atualizar o registro do paciente e revisá-lo na próxima avaliação.
10. VIDA PÓS-AVC				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, ficou mais difícil realizar por exemplo, atividades de lazer, hobbies, trabalho, assim como as relações com seus entes queridos, quando for o caso?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→w	Em caso afirmativo , encaminhar a um grupo local de suporte pós-AVC ou a uma associação de pacientes pós-AVC (p.ex. The American Stroke Association ou National Stroke Association) [Associação Americana de AVC ou Associação Nacional de AVC].	
11. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA				
Desde seu AVC ou de sua última avaliação, ficou mais difícil realizar por exemplo, atividades de lazer, hobbies, trabalho, assim como as relações com seus entes queridos, quando for o caso?	Não	→	Observar o Progresso	
	Sim	→	Em caso afirmativo , programar a próxima visita de assistência primária com o paciente e um membro da família. Se o membro da família estiver presente, encaminhar a um grupo local de apoio pós-AVC.	



**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL