

## **Ficha Catalográfica**

### **Solicitações:**

**Preencha corretamente a ficha abaixo com todas as informações necessárias e solicite pelo email da Biblioteca - biblioteca@facimpa.edu.br**

**Essa ficha reúne informações para identificação e recuperação dos documentos, conforme padrões internacionais de catalogação.**

### **DADOS DO AUTOR**

**Nome\*:** Adna Cristina

**Sobrenome\*:** Pinheiro Santos

**Nome do 2º autor:** Andressa

**Sobrenome do 2º autor:** Anselmo Nunes

**Nome do 3º autor:** Guilherme

**Sobrenome do 3º autor:** Freitas Rodrigues Muniz Sampaio

**Nome do 4º autor:** Thays

**Sobrenome do 4º autor:** Moreira Souza

### **DADOS DO TRABALHO**

**Título do Trabalho\*:** Perfil de atendimento de pacientes com acidente vascular encefálico no hospital municipal de marabá: Estudo de viabilidade para implantação de protocolo para trombólise

**Subtítulo do Trabalho:**

**Nome do Orientador\*:** Tatiana

**Sobrenome do Orientador\*:** Teixeira de Castro Beckenkamp

**Titulação do Orientador\*:** Mestre

**Nome do Coorientador:**

**Titulação do Coorientador:**

**Ano de apresentação\*:** 2023

**Número de Páginas\*:** 37

**Ilustração\*:** 6 tabelas 3 anexos

**Unidade Acadêmica\*:** Facimpa

**Área do conhecimento\*:** Saúde

**Tipo de Trabalho\*:** pesquisa observacional, de objetivo descritivo, delineamento longitudinal prospectivo e caráter qualitativo

**Área do conhecimento\*:** Saúde

**Palavras chaves- Assuntos ( Mínimo 1 Máximo 5 )**

**1- Acidente Vascular Cerebral**

**2- AVC Isquêmico**

**3- Terapia Trombolítica**

ANDRESSA ANSELMO NUNES  
ADNA CRISTINA PINHEIRO SANTOS  
GUILHERME FREITAS RODRIGUES MUNIZ SAMPAIO



## INSTRUÇÕES PARA A DEFESA/APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – FACIMPA

Olá professor(a) orientador(a),  
Chegamos a mais uma importante etapa da caminhada de nossos acadêmicos e que durante este período foram nossos orientandos.

Se você esta lendo estas instruções é porque este é o dia da defesa/apresentação de seu grupo de TCC.

Abaixo seguem **algumas instruções sobre os documentos e como será realizada a apresentação.**

1. Todos os alunos devem estar presentes para a apresentação, mas será sorteado apenas 2 (DOIS) que irão apresentar – junto a estas instruções você receberá um pacote já com o nome dos acadêmicos para o sorteio.
    - a. A ordem de apresentação é a ordem do sorteio, o 1º a ser sorteado irá apresentar as primeiras partes e o 2º as demais.
  2. A apresentação é de 20 a 30 min, os acadêmicos devem seguir este tempo.
  3. Ao final da apresentação os outros acadêmicos que não apresentaram deverão responder as arguições da banca e as dúvidas da plateia.
  4. Para os trabalhos que já foram aprovados em algum periódico científico a ATA DE DEFESA DE TRABALHO APROVADO deverá ser preenchida e assinada.
    - a. **IMPORTANTE:** esta ata deve ser encaminhada a coordenação de TCC (podem deixar na COPPEXII).
  5. Para os trabalhos que ainda não foram aprovados em periódicos os critérios a serem avaliados estão na FICHA DE AVALIAÇÃO, que deve ser preenchida e assinada.
    - a. Somente os membros avaliadores da banca que pontuam o trabalho e a apresentação. Como são dois membros é realizada uma média das notas dos dois avaliadores.
- A NOTA MÁXIMA DA BANCA É DE 60 pts**
6. Após a apresentação e a arguição da banca o(a) orientador(a) junto a banca deve solicitar que todos os integrantes do grupo e plateia se retire da sala pra que possa ser realizada a sessão reservada de contabilização da nota.
  7. Para os trabalhos que ainda não foram aprovados em um periódico a ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE TCC deve ser preenchida e assinada por todos os integrantes da banca, incluindo o orientador.
  8. Após a sessão reservada todos devem retornar à sala para que o orientador faça a leitura pública da ATA DE DEFESA.
    - a. **IMPORTANTE:** esta ata e a ficha de avaliação devem ser encaminhadas a coordenação de TCC (podem deixar na COPPEXII).
  9. A folha de aprovação (está no pacote) deve ser assinada por todos os membros da banca e deve ser inserida no trabalho final
  10. **PRONTO AQUI FINALIZAMOS A PARTE DAS APRESENTAÇÕES.**  
Após as apresentações, o grupo junto ao orientador deve ajustar o trabalho, anexar a folha de aprovação e encaminhar via **CANVAS ATÉ O DIA 23 DE JUNHO DE 2023.**

AGRADEÇO O SEU EMPENHO E PARTICIPAÇÃO NESTA IMPORTANTE ETAPA DA  
FORMAÇÃO MÉDICA

Luciana Pereira Colares Leitão  
Coordenadora de TCC2

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

ANDRESSA ANSELMO NUNES  
ADNA CRISTINA PINHEIRO SANTOS  
GUILHERME FREITAS RODRIGUES MUNIZ SAMPAIO  
THAYS MOREIRA SOUZA

**PERFIL DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM ACIDENTE**  
**VASCULAR ENCEFÁLICO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE**  
**MARABÁ:**  
**Estudo de viabilidade para implantação de protocolo para trombólise**

**MARABÁ**

**2023**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO PARÁ**

ANDRESSA ANSELMO NUNES

ADNA CRISTINA PINHEIRO SANTOS

GUILHERME FREITAS RODRIGUES MUNIZ SAMPAIO

THAYS MOREIRA SOUZA

**PERFIL DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE  
MARABÁ:**

**Estudo de viabilidade para implantação de protocolo para trombólise**

Projeto de Pesquisa apresentado à Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas do Pará - FACIMPA, em atendimento aos requisitos obrigatórios para aprovação no Módulo de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientadora: Dr. Tatiana Teixeira de Castro Beckenkamp

**Marabá**

**2023**



## **RESUMO**

**Introdução:** Acidentes vasculares cerebrais são causados por alterações no fluxo sanguíneo para o cérebro. O acidente vascular cerebral é a causa da morte das células nervosas na área do cérebro afetada e pode resultar de um vaso sanguíneo bloqueado – o chamado acidente vascular cerebral isquêmico –, ou de um vaso sanguíneo rompido – um acidente vascular cerebral hemorrágico. Esse bloqueio dos vasos sanguíneos no cérebro pode ser decorrente de trombose (formação de placa nas principais artérias do cérebro) ou embolia (quando um coágulo sanguíneo ou placa de gordura de outra parte do corpo se rompe e viaja através da rede sanguínea para o cérebro), sendo o isquêmico com a prevalência de 56,3% dos casos de AVE, segundo estudos realizados em 2017 em 60 cidades do Brasil. Grandes centros de atendimentos, conforme preconizado pelo SUS, devem dispor de um Centro de Atendimento de Urgência de AVC (CAUAVC). **Objetivo:** Demonstrar a importância da implantação de um protocolo para trombólise no Hospital Municipal de Marabá (HMM), a fim de melhorar ou amenizar o quadro do paciente admitido com diagnóstico de AVE isquêmico. **Metodologia:** Este trabalho consiste em uma pesquisa observacional, de objetivo descritivo, de delineamento longitudinal prospectivo e de caráter qualitativo. Foi realizado durante 06 meses com a análise de pacientes admitidos no HMM com o quadro de Acidente Vascular Encefálico. Para obtenção dos dados, optou-se pela criação de uma ficha para acompanhamento de tais pacientes internados. O estudo se deu pela amostra de 33 pacientes, sendo a maioria estatisticamente significativa (\*p = 0,0367) do sexo masculino (69,7%). **Conclusão:** Houve proporção estatisticamente significativa (\*p = 0,0357) de pacientes com AVC isquêmico (60,6%), ficando o AVC hemorrágico com 39,4% dos casos, logo, vimos que a prevalência de pacientes com AVC isquêmico torna-se maior, e o tempo de atendimento dos mesmo desde a sua entrada até a avaliação neurológica, deveras grande.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; AVC Isquêmico; Terapia Trombolítica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Strokes are caused by changes in blood flow to the brain. Stroke is the cause of nerve cell death in the affected area of the brain and can result from a blocked blood vessel, called ischemic stroke, or from a ruptured blood vessel, a hemorrhagic stroke. This blockage of blood vessels in the brain can be due to thrombosis (plaque formation in the main arteries of the brain) or embolism (when a blood clot or fatty plaque from another part of the body breaks off and travels through the bloodstream to the brain). , being ischemic with a prevalence of 56.3% of stroke cases, according to studies carried out in 2017 in 60 cities in Brazil. Large care centers, as recommended by the SUS, must have a Stroke Emergency Care Center (CAUAVC). **Objective:** To demonstrate the importance of implementing a protocol for thrombolysis at the Hospital Municipal de Marabá (HMM), in order to improve or alleviate the condition of patients admitted with a diagnosis of ischemic stroke. **Methodology:** This work consists of an observational research, with a descriptive objective, of a prospective longitudinal design and of a qualitative nature, the study was carried out during 6 months with the analysis of patients admitted to the HMM with the condition of Cerebral Vascular Accident. To obtain the data, it was decided to create a form to monitor such hospitalized patients, the study was based on a sample of 33 patients, the statistically significant majority (\*p = 0.0367) being male (69.7% ). **Conclusion:** there was a statistically significant proportion (\*p = 0.0357) of patients with ischemic stroke (60.6%), with hemorrhagic stroke accounting for 39.4% of cases. becomes longer, and the care time for them from admission to neurological evaluation becomes very long.

**Keywords:** Stroke, Ischemic Stroke, Thrombolytic Therapy.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIT</b>	Acidente Isquêmico Transitório
<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>AVEi</b>	Acidente Vascular Encefálico isquêmico
<b>AVEh</b>	Acidente Vascular Encefálico hemorrágico
<b>CAUAVC</b>	Centro de Atendimento de Urgência de AVC
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HMM</b>	Hospital Municipal de Marabá
<b>NIHSS</b>	National Institute Health Stroke Scale
<b>TC</b>	Tomografia



## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>PROBLEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>5.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5.1.</b>	Objetivo Geral.....	12
<b>5.2.</b>	Objetivos Específicos.....	12
<b>6.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>6.1.</b>	Desenho Do Estudo/Tipo De Estudo.....	13
<b>6.2.</b>	População De Estudo.....	13
<b>6.2.1.</b>	<i>Critérios De Inclusão.....</i>	<b>13</b>
<b>6.2.2.</b>	<i>Critérios De Exclusão.....</i>	<b>13</b>
<b>6.3.</b>	Local E Período Do Estudo.....	13
<b>6.4.</b>	Instrumento De Coleta De Dados.....	14
<b>6.5.</b>	Variáveis Do Estudo.....	14
<b>6.6.</b>	Procedimento Para Coleta De Dados.....	14
<b>6.7.</b>	Aspectos Éticos.....	14

6.7.1	<i>Riscos</i> .....	15
6.7.2	<i>Benefícios</i> .....	15
6.8.	<b>DESFECHOS PRIMÁRIOS</b> .....	15
6.9	<b>DESFECHOS SECUNDÁRIOS</b> .....	15
6.10.	Análise De Dados.....	15
6.11.	Resultados Esperados.....	16
7.	<b>CRONOGRAMA</b> .....	17
8.	<b>ORÇAMENTO</b> .....	18
9.	<b>RESULTADOS</b> .....	19
10.	<b>DISCUSSÃO</b> .....	22
11.	<b>CONCLUSÃO</b> .....	24
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25
	<b>APÊNDICE</b> .....	26
	<b>ANEXO 1</b> .....	28
	<b>FIGURA 1 – ESCALA DE AVC DO NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIH)</b> .....	28
	<b>FIGURA 2 – ESCALA DE AVC DO NIH – LISTA PARA LEITURA NO ITEM -9. MELHOR LINGUAGEM</b> .....	33
	<b>FICHA DE IDENTIFICAÇÃO</b> .....	34

## 1.0. INTRODUÇÃO

Acidente Vascular Encefálico (AVE) se refere a episódio de urgência neurológica de duas possíveis etiologias: seja de causa isquêmica (AVEi), seja de causa hemorrágica (AVEh). A primeira causa pode decorrer de trombos, êmbolos, dissecções murais das artérias, arterite, compressão, malformações, enquanto a segunda resulta de hemorragia intracerebral ou hemorragia subaracnóidea. Em 2019, um estudo sobre AVE realizado em 60 cidades do Brasil no ano de 2017 apontou que, dentre os óbitos investigados, 56,3% foram do tipo isquêmico e 12,7% do tipo hemorrágico, o que comprova a alta prevalência e morbimortalidade do AVEi (MAMED, 2019).

O AVE, além de ser um dos principais motivos de utilização de recursos de saúde pública durante a fase intra-hospitalar e ambulatorial (WOLFE, 2000), também impacta em despesas associadas à perda precoce de produtividade econômica, ao comprometimento psicoemocional, à interação social reduzida e à perda da qualidade de vida do indivíduo e suas famílias (MAR *et al.*, 2011)

Desde a década de 1990, dispõe-se de tratamento capaz de melhorar o desfecho clínico de pacientes acometidos por AVEi. Aprovados pelo FDA (*US Food and Drug Administration*), protocolos de uso de trombolíticos como o ativador tecidual de plasminogênio humano recombinante (rtPA) vem sendo utilizados em diversas localidades mediante comprovação científica dos estudos NINDS I e II (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke*) obedecendo uma janela de tempo para uso. Esse tratamento, se realizado na fase aguda, potencializa a recuperação do paciente, reduzindo mortalidade e atuando na prevenção de incapacidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

A cidade de Marabá, localizada no estado do Pará, representa um município de relevância para a região Sul e Sudeste do estado. Tem o Hospital Municipal como referência para uma região que engloba 23 municípios e não dispõe de Centro de Atendimento de Urgência de AVC (CAUAVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme o preconizado pela Portaria nº. 665/2012, não apresentando protocolo de janela para trombólise intravenosa (IV). Este Trabalho busca analisar o perfil de atendimento de pacientes com AVE atendidos em período pré-estabelecido no HMM, verificando a viabilidade de implantação de CAUAVC.

## 2.0. REVISÃO DE LITERATURA

O Acidente Vascular Encefálico ocorre quando o fluxo de sangue que irriga o encéfalo é interrompido ou gravemente reduzido, prejudicando o aporte de oxigênio e de nutrientes nas células do SNC (AVEi), ou quando se tem uma hemorragia subaracnóidea ou intracerebral causando hipertensão intracraniana. O AVEi tem como principais etiologias estenose ou oclusão de vasos resultando em disfunção neurológica com desfecho em morte celular (LOUIS, 2018).

Em um importante estudo de reclassificação de AVEs não especificados, com análise de dados de 60 cidades brasileiras (MAMED *et al.*, 2019), verificou-se que, do total de óbitos dentre os investigados, 56,3% foram isquêmicos, enquanto 12,7% foram remanejados como hemorrágicos. Essa pesquisa comprova a alta prevalência, mesmo em AVEs não especificados, do AVE de natureza isquêmica. Essa alta prevalência se explica em torno dos fatores de risco modificáveis, tendo como os principais a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a fibrilação atrial, o diabetes mellitus, a dislipidemia, a obesidade e o tabagismo, além dos fatores não modificáveis, com destaque para a idade, sendo a população idosa a mais afetada (RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

No acidente vascular cerebral isquêmico, a área infartada apresenta danos funcionais e estruturais irreversíveis. No entanto, há uma área onde o fluxo sanguíneo, apesar da redução, consegue manter viabilidade celular, conhecida como área de penumbra. A isquemia encefálica por mais de 4 horas já manifesta déficits neurológicos permanentes, sequelas que acarretam dano financeiro tanto a nível pessoal, quanto a nível de sistema de saúde. Dessa forma, o tratamento de revascularização visa resgatar a penumbra isquêmica, prevenindo maiores prejuízos no cérebro. Por isso, a assistência durante o período de janela trombolítica é vital para reverter o quadro, prevenir sequelas, incapacitação e morte, conforme preveem os estudos NINDS I e II, os quais elegem como terapia importante a administração de ativador tecidual de plasminogênio humano recombinante (rtPA) contra o AVEi.

Para a realização da intervenção com trombolíticos intravenosos existem alguns critérios de inclusão e exclusão que devem ser respeitados. É realizada a janela trombolítica quando a duração de evolução do AVEi é de menos de 4,5 horas até que o agente seja injetado, tornando indispensável definir o tempo exato de início dos sintomas. No caso de os sintomas serem observados ao acordar, recomenda-se considerar o horário em que o paciente foi observado pela última vez sem sintomas. Além desses, outros critérios de inclusão e de

exclusão devem ser respeitados para a execução de trombólise intravenosa. Por isso, os Centros de Atendimento de Urgência de AVC se mostram fundamentais por se basearem no cuidado sistematizado, com o intuito de acelerar a recuperação do paciente, prevenir infecções hospitalares, trombose e morte.(PORTARIA 665/2012)

Em um estudo em hospital privado no Rio de Janeiro, viu-se que houve redução de 30% da morbidade mediante indicação adequada e aplicação do agente trombolítico dentro do tempo de janela (FONSECA *et al*, 2013). Nesse hospital, apesar de bem estruturado para o protocolo, 45% dos pacientes não foram trombolisados por algumas barreiras, sejam elas direcionadas aos médicos, sejam externas, relacionadas à inaplicabilidade da diretriz ou a fatores ambientais. Portanto, aliar as diretrizes ao conhecimento técnico das particularidades de cada sítio topográfico é fundamental em qualquer análise de viabilidade.

### **3.0 PROBLEMA DE PESQUISA**

Responder à pergunta: qual a viabilidade de implantação de um protocolo de atendimento com uso de trombolíticos no atendimento e acompanhamento de pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico no Hospital Municipal de Marabá, contribuindo para a redução da morbimortalidade?

#### **4.0 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho é importante devido à ausência de protocolos de atendimento para pacientes com diagnóstico de AVE isquêmico que estejam dentro da janela de trombólise no Hospital Municipal de Marabá. O atendimento sistematizado de oclusões vasculares cerebrais agudas, respeitando o tempo de evolução viável, previne incapacitação, morbidade e mortalidade, pois ajuda na manutenção da perfusão da área de penumbra cerebral, corroborando a máxima de que “Tempo é cérebro”. Por essa razão, esta pesquisa busca avaliar a aplicabilidade do protocolo, levando à redução de gastos com internações decorrentes de agravos da doença, assim como gastos com a previdência social, auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez.

## **5.0 OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo Geral**

Avaliar o perfil epidemiológico de pacientes internados com acidente vascular encefálico no Hospital Municipal de Marabá.

### **5.2. Objetivos Específicos**

- ➔ Identificar a etiologia do AVE;
- ➔ Verificar a viabilidade de implantação do protocolo.

## **6.0. METODOLOGIA**

### **6.1. Desenho do Estudo/Tipo de estudo**

Este estudo refere-se a uma pesquisa observacional, de objetivo descritivo, delineamento longitudinal prospectivo e caráter qualitativo, que realizou-se durante seis meses, no Hospital Municipal de Marabá. Inicialmente, será encaminhada a proposta ao Comitê de Ética e Pesquisa para análise do estudo, com seguimento de pesquisa de campo, a qual acompanhará os pacientes com diagnóstico de AVE. Para tanto, foi elaborada uma ficha de acompanhamento a fim de verificar, frente aos resultados obtidos, a viabilidade de implantação de CAUAVC no Hospital.

### **6.2. População de estudo**

Foram analisados pacientes admitidos no Hospital Municipal de Marabá com diagnóstico de acidente vascular encefálico.

#### *6.2.1. Critérios de inclusão*

Pacientes com o diagnóstico de AVE (ou seus representantes legais) que aceitem e preencham o Termo de Consentimento Livre Informado.

#### *6.2.2. Critérios de exclusão*

Pacientes com o diagnóstico de AVE (ou seus representantes legais) que se recusarem a preencher o Termo de Consentimento Livre Informado.

### **6.3. Local e período do estudo**

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Municipal de Marabá, localizado no município de Marabá, Pará, situado na Folha 17, Quadra Especial, bairro Nova Marabá, CEP: 68509- 630. Marabá possui 287.664 habitantes, sendo este o centro de referência para vários municípios da região.

O Hospital conta com 31 leitos para a Clínica Médica e 36 leitos para a Clínica Cirúrgica, contemplando várias especialidades cirúrgicas, como Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço, Pediátrica, Vascular, Urologia, Ortopedia e Bucomaxilofacial.

O Hospital Municipal de Marabá conta com um corpo clínico que gira em torno de 80 profissionais.

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu no período de agosto a dezembro de 2022.

#### **6.4. Instrumento de coleta de dados**

Foi criada uma ficha para acompanhamento de todos os pacientes internados com o diagnóstico de AVE no Hospital Municipal de Marabá, desde a sua admissão até o desfecho clínico no período determinado acima.

#### **6.5. Variáveis do estudo**

- ➔ Variáveis quantitativas: idade (em anos), intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o atendimento hospitalar (em horas), intervalo de tempo entre o atendimento inicial e a realização de TC (em horas), intervalo de tempo entre a TC e o desfecho do paciente (em horas) e tempo de permanência hospitalar (em dias);
- ➔ Variáveis qualitativas: sexo (feminino ou masculino), tipo de desfecho do paciente (óbito, alta, trombólise, cirurgia e reabilitação), fatores de risco (HAS, DM, cardiopatias, dislipidemia, tabagismo, uso de contraceptivos hormonais e AVE prévio), tipos de AVE (AIT, AVEi e AVEh) e complicações do paciente (pneumonia, infecção do trato urinário e outras infecções, edema cerebral, progressão da área de infarto, transformação hemorrágica e convulsão).

#### **6.6. Procedimento para coleta de dados**

Visitas diárias ao HMM com identificação e evolução dos pacientes da população do estudo.

#### **6.7. Aspectos éticos**

### 6.7.1 Riscos

- Invasão de privacidade aos pacientes;
- Resposta dos pacientes a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade;
- Constrangimento durante exame físico e constatação de sequelas;
- Discriminação e estigmatização dos pacientes a partir do conteúdo revelado;
- Interferência na vida e na rotina dos sujeitos.

### 6.7.2 Benefícios

- Conhecer o perfil de pacientes atendidos no referido hospital;
- Avaliar a aplicabilidade de implantação do CAUAVC;
- Redução de gastos em auxílio-doença e invalidez por incapacidade.

## 6.8. Desfechos primários

Estratificar a quantidade de pacientes diagnosticados com AVE isquêmico.

## 6.9 Desfechos secundários

- Tempo médio de internação;
- Mortalidade no período;
- Sequelas apresentadas.
- → Avaliar viabilidade de implantação de protocolo de janela para trombólise, considerando tempo hábil de atendimento, realização de exame tomográfico e avaliação neurológica;

## 6.10. Análise de dados

As informações da caracterização amostral foram apuradas em planilha elaborada no *software Microsoft® Excel® 2016*.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídas tabelas e gráficos para apresentação dos resultados.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat*<sup>®</sup> 5.4. Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância  $\alpha = 0,05$  ou 5%, tendo sido sinalizado com asterisco (\*) os valores significantes.

#### **6.11. Resultados esperados**

- ➔ Quantificar tipos de AVE de acordo com as causas isquêmicas ou hemorrágicas;
- ➔ Definir viabilidade de implantação de protocolo.

## 7.0. CRONOGRAMA

Ações	2022/1				2022/2							2023/1	
	Mar	Abr	Mai	Jun	Ju l	Ago	Se t	Out	Nov	Dez	Ja n	Fev	Mar
<b>Construção do Projeto de Pesquisa</b>	X	X	X	X									
<b>Envio para o CEP</b>				X									
<b>Cadastrar na Plataforma Brasil</b>				X									
<b>Visitar o hospital para coleta de dados</b>						X	X	X	X	X	X		
<b>Identificar a rede de apoio</b>												X	
<b>Analisar os dados coletados</b>												X	
<b>Avaliação do funcionamento</b>													X
<b>Submissão à revista</b>													X
<b>Avaliações</b>												X	X

Os pesquisadores se comprometeram a iniciar a pesquisa somente após aprovação pelo Comitê de Ética da IPEC/FACIMPA - Marabá, o projeto será cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

**8.0. ORÇAMENTO**

	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Total</b>
<b>Papel Ofício A-4</b>	20,00	2	40,00
<b>Canetas Esferográficas</b>	2,00	20	40,00
<b>Impressão</b>	0,75	1000	750,00
<b>Computação Gráfica (Encadernação)</b>	20,00	6	120,00
<b>Internet</b>	100,00	1	100,00
<b>Combustível</b>	7,69	150	1.153,50
<b>TOTAL</b>	-	-	2.203,50

## 9.0. RESULTADOS

A amostra foi composta de 33 pacientes atendidos no Hospital Municipal de Marabá, sendo a maioria estatisticamente significante ( $p = 0,0367$ ) do sexo masculino (69,7%).

As idades variaram de 37 a 96 anos, com média aritmética de 66,8 anos, não havendo diferença estatisticamente significante ( $p = 0,5513$ ) entre as proporções de acordo com as faixas etárias, como mostra a tabela 1.

**Tabela 01:** Perfil dos pacientes segundo o gênero e a faixa etária, Marabá, 2022

Perfil	N	%	p-valor
<b>Gênero</b>			<b>0,0367*</b>
Feminino	10	30.3%	
Masculino*	23	69.7%	
<b>Faixa etária (anos)</b>			0.5513
< 40	3	9.1%	
40 a 49	3	9.1%	
50 a 59	6	18.2%	
60 a 69	5	15.2%	
70 a 89	8	24.2%	
80 a 89	6	18.2%	
> = 90	2	6.1%	
<b>Mínimo - Média - Máximo</b>	<b>37 - 66.8 - 96 anos</b>		

Fonte: prontuário do paciente; \*Teste Qui-Quadrado Aderência

Na comparação entre os tipos de AVC, houve proporção estatisticamente significante ( $*p = 0,0357$ ) de pacientes com AVC isquêmico (60,6%), ficando o AVC hemorrágico com 39,4% dos casos.

O tempo decorrido entre o atendimento e a realização da tomografia computadorizada apresentou alta variação, variando desde uma hora até dois dias após a chegada do paciente ao hospital, sendo estatisticamente significativa ( $p = 0,0030$ ) a proporção de pacientes que realizaram o exame entre duas a três horas, após o seu atendimento, conforme mostra a Tabela 2.

**Tabela 02:** Perfil dos pacientes segundo o tipo de AVE e tempo de atendimento até a realização do TC, Marabá, 2022

Variáveis	N	%	p-valor
<b>Tipo de AVE</b>			<b>0,0357*</b>
AVEh	13	39,4%	
AVEi*	20	60,6%	
<b>Tempo atendimento/TC</b>			<b>0.0030**</b>
1 a 2 horas	7	21,2%	
3 a 4 horas*	15	45,5%	
5 horas ou mais	4	12,1%	
01 dia ou mais	6	18,2%	
Outro hospital	1	3,0%	

Fonte: prontuário do paciente; \*Teste Qui-Quadrado Aderência; \*\*Teste G Aderência

Em relação a risco e/ou antecedente, foi identificada proporção estatisticamente significativa ( $*p = 0,0010$ ) de pacientes com presença desta característica (66,7%). Entre os riscos/antecedentes registrados, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi a mais frequente (57,6%), seguida da Diabetes Mellitus (42,4%), como mostra a Tabela 04.

**Tabela 04:** Perfil dos pacientes segundo o risco/antecedente, Marabá, 2022

Variáveis	N	%	p-valor
<b>Risco/Antecedente</b>			<b>0.0010*</b>
Presença*	22	66,7%	
Ausência	11	33,3%	
<b>Quais</b>			0,4862
Hipertensão	19	57,6%	

Diabetes	14	42,4%	
----------	----	-------	--

Fonte: prontuário do paciente; \*Teste Qui-Quadrado Aderência

A maioria ( $p < 0,0001$ ) dos pacientes (90,9%) não apresentou complicações decorrentes da internação. As complicações foram: um caso de pneumonia, um de infecção do trato urinário (3,0% cada) e dois de outras infecções (6,1%), conforme mostra a Tabela 05.

**Tabela 05:** Perfil dos pacientes segundo a ocorrência de complicações, Marabá, 2022

Variáveis	N	%	p-valor
<b>Complicações</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Presença	3	9,1%	
Ausência*	30	90,9%	
<b>Quais complicações</b>			-----
Pneumonia	1	3,0%	
ITU	1	3,0%	
Outras infecções	2	6,1%	

Fonte: prontuário do paciente; \*Teste G Aderência

O desfecho mais frequente foi a alta com sequelas (54,5%) que apresentou proporção estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) em relação a ocorrência de óbito (30,3%) e aos demais desfechos, como informado na Tabela 6.

**Tabela 06:** Perfil dos pacientes segundo o desfecho da internação, Marabá, 2022

Variáveis	N	%
Alta com sequelas*	18	54,5%
Óbito	10	30,3%
Transferência para hospital de referência	3	9,1%
Evasão	1	3,0%
Transferência para regional	1	3,0%

Fonte: prontuário do paciente; \* $p < 0,0001$  Teste G Aderência

## 10.0. DISCUSSÃO

Nossa análise está em consonância com a literatura, que aponta um predomínio significativo do sexo masculino (69,7%) em relação ao sexo feminino (30,3%). Além disso, como na literatura, o AVC isquêmico foi o tipo mais comum, afetando 60,6% dos pacientes, enquanto o AVC hemorrágico foi responsável por 39,4% dos casos. A relação entre AVC e fatores de risco modificáveis também foi confirmada em nosso estudo, com destaque para hipertensão arterial sistêmica, que apresentou alta prevalência entre os pacientes atendidos no Hospital Municipal de Marabá. Dos pacientes estudados, 19 eram hipertensos e 14 eram diabéticos. Esses resultados reforçam a importância da prevenção e do controle desses fatores de risco para reduzir a incidência de AVC na população.

Dentre os fatores analisados foi notado que é de suma importância o tempo de atendimento entre o momento da admissão do paciente até a avaliação do neurologista e a realização da tomografia. Como parte importante do tratamento, o processo de reabilitação geralmente começa no próprio hospital, para que o paciente possa se ajustar mais facilmente à nova situação e recuperar a mobilidade, a capacidade funcional e a independência física e mental.

O processo de reaprendizagem exige paciência e persistência dos pacientes e de seus cuidadores, que desempenham um papel de extrema importância em todo o processo de recuperação. Outro aspecto bastante importante é a reinserção do indivíduo no convívio social, seja por meio de uma caminhada rápida, compras em uma loja, ou qualquer outra atividade comum ao seu dia a dia.

De acordo com a Associação Brasileira de Neurologia, o AVC é a segunda causa de morte e a primeira de incapacidade no Brasil.

As Portarias GM/MS nº. 665/2012 e 800/2015 estabelecem os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência tipo I, II ou III aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Preconiza-se que os estabelecimentos que são portarias para atendimento de AVC disponham de trombolíticos.

Durante a pesquisa foi observado que no HMM, apesar de todos os pacientes terem passado pela TC, ocorreu uma demora significativa entre o atendimento inicial e a avaliação diagnóstica pelo neurologista com a TC, estando 45,5% dos pacientes no intervalo limítrofe entre 03 e 04 horas, enquanto a trombólise deve ser realizada até 4,5 horas do início dos sintomas. Esse estudo não avaliou o impacto dos achados tomográficos para o diagnóstico, mas a literatura já mostra que 85% dos diagnósticos de AVCi são clínicos.

Dos desfechos avaliados, foi evidente que nenhum paciente foi submetido à trombólise, sendo mais frequente a alta com sequelas (54,5%), seguida de óbito (30,3%). Alguns estudos mostram a influência positiva na mortalidade quando implantadas as Unidades de AVC. Foi observado que cerca de 90% dos pacientes não possuíram complicações por conta da internação, sendo estas, por exemplo, pneumonia e ITU.

Dentre as principais dificuldades do estudo, evidenciou-se o período em que se baseou a pesquisa, resultando em uma pequena amostra, também influenciado pela limitação do próprio sistema de gerenciamento de pacientes utilizados no Hospital, que ainda é totalmente manual, sem qualquer registro eletrônico, o que representou entraves burocráticos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital para acessar e revisar os prontuários. Destaca-se também a ilegibilidade da maioria dos pareceres médicos; a imprecisão encontrada nos prontuários quanto ao tempo do início dos sintomas e o atendimento hospitalar; a ausência de clareza quanto ao tempo entre a TC e o desfecho do paciente, além da ausência do tempo de permanência hospitalar. Esse fato obrigou a retirada dessas variáveis da análise estatística, diminuindo, por fim, a relevância do estudo.

## **11.0. CONCLUSAO**

A terapia trombolítica, administrada na fase aguda após um acidente vascular cerebral (AVC), é de particular interesse no tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico devido à sua capacidade de restaurar o fluxo sanguíneo por meio da infusão de ativador de plasminogênio tecidual recombinante (RT). Algum nível de evidência foi obtido para (CVA) - PA)(1).

Devido à oclusão arterial cerebral no AVE isquêmico, a ideia básica da trombólise é limpar a artéria antes que ocorra dano tecidual irreversível (1). Se realizada nas primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas, restaura o fluxo sanguíneo cerebral para a região da penumbra isquêmica, restaurando sua função, revertendo déficits neurológicos e reduzindo a disfunção.

A implantação trombolítica reduz as sequelas conforme o tempo em que foi realizada.

Conclui-se a confirmação entre a epidemiologia de AVE e o nosso estudo, além da viabilidade de implantação de protocolo para trombólise no Hospital.

## REFERÊNCIAS

- BARELLA, Rudieri Paulo *et al.* Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de AVC. **ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 48, n. 1, p. 131-143, jan./mar., 2019.
- FIGUEIREDO, Marcelo M; BICHUETTI, Denis B.; GOIS, Aécio Flávio T. Evidências sobre diagnóstico e tratamento do acidente vascular encefálico no serviço de urgência. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 167-172, 2012.
- FONSECA, Luiz Henrique O. *et al.* Análise das barreiras à utilização de trombolíticos em casos de acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital privado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2487-2496, dez. 2013.
- GAGLIARDI, Rubens; TAKAYNAGUI, Osvaldo M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- LOUIS, Elan D. **Merritt tratado de neurologia**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- MAMED, Samira N. *et al.* Perfil dos óbitos por acidente vascular cerebral não especificado após investigação de códigos garbage em 60 cidades do Brasil, 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, n. 3, 2019.
- MAR, Javier *et al.* The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. **BMC Neurology**, London, v. 11, n. 46, 2011.
- MARGARIDO, Adriano J. L. *et al.* Epidemiologia do Acidente Vascular Encefálico no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 39, dez., 2021.

REIS, Marcio F. *et al.* Análise do gasto ambulatorial do acidente vascular cerebral na perspectiva do sistema público. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 219-225, agos., 2018.

RODRIGUES, Mateus S.; SANTANA, Leonardo F.; GALVÃO, Ivan M. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Revista de Medicina (São Paulo)**, São Paulo, v. 96, n.3, p. 187-192, jul./set. 2017.

WOLFE, Charles D. A. The impact of stroke. **British Medical Bulletin**, London, v. 56, n. 2, p. 275-286, 2000.

## APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou em participar de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado “*Perfil de atendimento de pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) no Hospital Municipal de Marabá (HMM): Estudo de viabilidade para implantação de protocolo para trombólise*” desenvolvido por Adna Cristina Pinheiro Santos, Andressa Anselmo Nunes, Guilherme Freitas Rodrigues Muniz Sampaio e Thays Moreira Souza. Também fui informado (a) que a pesquisa é orientada por Tatiana Teixeira de Castro Carvalho Beckenkamp, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail: [tativascular@hotmail.com](mailto:tativascular@hotmail.com). Além disso, declaro estar esclarecido acerca dos possíveis benefícios provenientes da pesquisa, como o aprimoramento do serviço de saúde e redução de sequelas a pessoas acometidas por AVEs diante da implantação de um protocolo para trombólise e dos possíveis riscos da mesma que a mim foi informado como interferência na minha situação atual.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa e que fui notificado dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo,

que, em linhas gerais se resume a avaliar a viabilidade da implantação de um protocolo para trombólise em pacientes que tenham o diagnóstico de AVE no HMM.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Sendo divulgado apenas em eventos ou publicações sem a identificação do voluntário somente entre os responsáveis pelo estudo. Logo, tenho ciência de que minha colaboração será de forma anônima e estritamente sigilosa. Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Por fim, atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Marabá - PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do (a) pesquisador (a)

---

## ANEXO 1

Figura 1 – Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)

Instruções	Definição da escala	Pontuação
<p>1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.</p>	<p>0 = Acordado; responde correctamente.  1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.  2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).  3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	<p>_____</p>
<p>1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou</p>	<p>0 = Responde a ambas as questões correctamente.  1 = Responde a uma questão correctamente.  2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.</p>	<p>_____</p>

<p>traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>		
<p>1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registrado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>	<p><b>0</b> = Realiza ambas as tarefas corretamente.  <b>1</b> = Realiza uma tarefa corretamente.  <b>2</b> = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____</p>
<p>2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p>	<p><b>0</b> = Normal.  <b>1</b> = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.  <b>2</b> = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	<p>_____</p>
<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho</p>	<p><b>0</b> = Sem défices campimétricos.  <b>1</b> = Hemianopsia parcial.  <b>2</b> = Hemianopsia completa.  <b>3</b> = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p>

<p>restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>		
<p>4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p><b>0</b> = Movimentos normais simétricos.  <b>1</b> = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).  <b>2</b> = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).  <b>3</b> = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>	<p>_____</p>
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.  1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.  2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.  3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.  <b>4</b> = Nenhum movimento.  <b>NT</b> = Amputação ou anquilose, explique:</p> <p><b>5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito</b></p>	<p>_____</p>

<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.  1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.  2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.  3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	
	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.  4 = Nenhum movimento.  NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <p><b>5a. Membro Inferior Esquerdo 5b. Membro Inferior Direito</b></p>	<p>_____</p>
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente.  1 = Presente em 1 membro.  2 = Presente em 2 membros.  NT = Amputação ou anquilose, explique:</p>	<p>_____</p>
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.  1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.  2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p>

<p>total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada.</p> <p>Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>		
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como os referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p><b>0</b> = Sem afasia; normal.</p> <p><b>1</b> = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão.</p> <p>Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p><b>2</b> = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p><b>3</b> = <b>Mutismo</b>, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	<p>_____</p>
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p><b>0</b> = Normal.</p> <p><b>1</b> = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p><b>2</b> = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p><b>NT</b> = Entubado ou outra barreira física; explique</p>	<p>_____</p>
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência</p>	<p><b>0</b> = Nenhuma anormalidade.</p> <p><b>1</b> = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial</p>	<p>_____</p>

<p>pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	
---	--	--

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Cor/raça: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Número do registro hospitalar: \_\_\_\_\_  
 Data e hora de admissão: \_\_\_\_\_  
 Data e Hora de avaliação da neurologia: \_\_\_\_\_  
 Data e Hora de realização da Tomografia de Crânio: \_\_\_\_\_  
 Transportado por: SAMU ( ) Familiares ( ) Transferido de outro hospital ( )  
 Diagnóstico: AVEi ( ) AVEh ( )

### Queixa Principal

### Sintomas Associados

Hemiparesia ( ) Hemiplegia ( ) Parestesia ( ) Disartria ( ) Afasia ( ) Paralisia Facial ( ) Ataxia ( )  
 Disdiadococinesia ( ) Alterações visuais ( ) Cefaleia intensa ( ) Vertigem/ Tontura ( ) Síncope ( ) Êmese ( )  
 Outros ( )

### Fatores de risco/antecedentes:

Hipertensão arterial ( ) Tabagismo ( ) Dislipidemia ( ) Doenças cardiovasculares ( ) Obesidade ( ) Estresse ( )  
 Hereditariedade ( ) Alcoolismo ( ) Diabetes Sedentarismo ( ) Uso de drogas ( ) Outros ( )

Quais:

Uso de medicamentos:

### Exame Físico

No momento da admissão

PA: FC: FR: Saturação: Glicemia: Glasgow:

### Quadro clínico atual

PA: FC: FR: Saturação: Glicemia: Glasgow:

Exame Físico:

### Critérios para inclusão do tratamento trombótico

AVCI até 270 minutos de evolução	Sim ( ) Não ( )
Idade $\geq$ 18 anos	Sim ( ) Não ( )
Realização de Tomografia de crânio	Sim ( ) Não ( )
Em quanto tempo após a admissão:	
Tomografia de crânio sem evidências de hemorragias	Sim ( ) Não ( )
Avaliação do Neurologista:	Sim ( ) Não ( )
Em quanto tempo após a admissão:	
Controle rigoroso da pressão:	Sim ( ) Não ( )
Realização de exames laboratoriais:	Sim ( ) Não ( )
Hemograma Completo ( ) Ureia( ) Tempo de protrombina ( ) Creatinina( ) Proteína ( ) Sódio ( ) Potásio ( ) TGO ( ) TGP ( ) Glicose ( ) Gasometria ( ) CPK ( ) Outros:	
Quando iniciou os sintomas:	
Pontuação da escala de NIHSS:	
Candidato a trombólise	Sim ( ) Não ( )

### Critérios para exclusão do tratamento trombótico

Uso de anticoagulante	Sim ( ) Não ( )
História de hemorragia intracraniana espontânea	Sim ( ) Não ( )
Cirurgia / Trauma grave dentro duas semanas	Sim ( ) Não ( )
Uso de heparina com uso de TTPA uso prolongado	Sim ( ) Não ( )
Melhora rápido dos sinais neurológico	Sim ( ) Não ( )
Infarto do miocárdio nos últimos 3 meses	Sim ( ) Não ( )
AVCI ou TCE grave nos últimos 3 meses	Sim ( ) Não ( )

### Evolução

Óbito ( ) Alta e com sequelas ( ) Quais:

Alta sem sequelas ( ) Transferência para outro Hospital ( ) HRSP( ) Outro:

Permanece internado ao fim do estudo num período de 6 meses ( )

### AO FINAL DO ARTIGO PREENCHER A TABELA ABAIXO

<b>NOME DA REVISTA</b>	<b>Revista FT</b>
<b>QUALIS DA REVISTA</b> (avaliação 2017-2020 – disponível em: <a href="https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf">https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf</a> )	<b>Qualis B2</b>
<b>O ARTIGO SUBMETIDO JÁ FOI APROVADO E/OU PUBLICADO ?</b>	<b>SIM</b>
<b>SE FOI PUBLICADO, LINK DE ACESSO AO ARTIGO</b>	<a href="https://revistaft.com.br/perfil-de-atendimento-de-pacientes-com-acidente-">https://revistaft.com.br/perfil-de-atendimento-de-pacientes-com-acidente-</a>

	<a href="http://vascular-encefalico-no-hospital-municipal-de-maraba/">vascular-encefalico-no-hospital-municipal-de-maraba/</a>
<b>SITE DA REVISTA</b>	<a href="https://revistaft.com.br/">https://revistaft.com.br/</a>

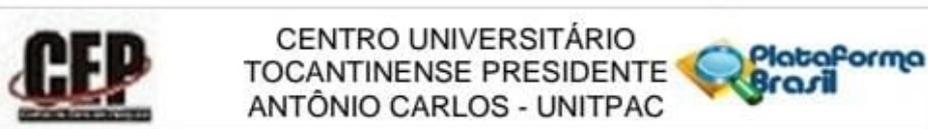
## **ANEXOS**

### **Banca Examinadora**

**Dra: Bruna Nalin Lozam Mestranda em “mestrado profissional de saúde da família “ Universidade: Uninovafapi**

**Dra: Patricia Almeida dos Santos Doutorado**

**Prof. Msc. Tatiana Teixeira de Castro Beckenkamp Mestre**



Continuação do Parecer: 5.637.945

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/06/2022 15:00:50	TATIANA CARVALHO	Aceito
----------------	------------------	------------------------	---------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ARAGUAINA, 13 de Setembro de 2022

Assinado por:

**MARGARIDA DO SOCORRO SILVA ARAUJO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Filadélfia, nº 568, Setor Oeste.  
**Bairro:** Araguaina **CEP:** 77.816-540  
**UF:** TO **Município:** ARAGUAINA  
**Telefone:** (63)3411-8588 **E-mail:** cep@unitpac.edu.br

Página 03 de 03

- a. Questionários / Formulários [opcionais]
- b. Detalhes metodológicos adicionais [opcional]

## c. Outros documentos relevantes



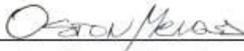
Certificamos que o artigo

**PERFIL DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARABÁ:**

de autoria de

**Andressa Anselmo Nunes; Adna Cristina Pinheiro Santos; Guilherme Freitas Rodrigues Muniz Sampaio; Thays Moreira Souza; Orientadora: Dr. Tatiana Teixeira De Castro Beckenkamp.**

foi publicado na **Revistaft** em 01/06/2023  
**ISSN:** 1678-0817 - Volume 27 - Edição 122 - Pág.31  
**DOI:** [https://www.doi.org/ Registro 10.5281/zenodo.7996631](https://www.doi.org/Registro/10.5281/zenodo.7996631)



**Dr. Oston Mendes**  
Editor



**RevistaFT Científica | <https://revistaft.com.br>**  
**ISSN:** 1678-0817 | **CNPJ:** 48.728.404/0001-22  
R. José Linhares, 134 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ