

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



Abordagem aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral

Diretrizes clínicas

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito
Santo

REALIZAÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Ricardo de Oliveira

SUBSECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PARA ASSUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Joanna Barros De Jaegher

GESTORA DO PROJETO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Fabíola Ribeiro Rios

COORDENADORES

Maria Aparecida de Souza

Patrícia Ribeiro Gaspar

CONSULTORIA RESPONSÁVEL

Adriana de Azevedo Mafra

Maria Emi Shimazaki

RELATORES TÉCNICOS

José Antonio Fiorot Júnior; Leandro de Assis Barbosa; Rubia Rasseli Sfalsini; Maria Aparecida de Souza; Patricia Ribeiro Gaspar; Camila Spagnol; Lucianna Aguilar Freitas; Karoline Calfa Pitanga; Mayke Armani Miranda; Elry Cristine Nickel Valério; Mariângela Braga Pereira Nielsen; Caroline Santos Pimentel; Erika Saiter Garrocho; Carolina Campagnoli; Jeane Soares Aguiar.

MEMBROS DA CÂMARA TÉCNICA

Adriana Monteiro Pattuzzo; Alexandre L. Bittencourt; Anna Carolina Cesana; Andrea Stefano Saliba; Ana Claudia Costa N. Lopes; Camila Spagnol; Carolina Dadalto R. Fernandes; Carolina Campagnoli; Caroline Santos Pimentel; Darcy Fassarela; Elry Cristine Nickel Valério; Elaine Dall'Orto; Erika Saiter Garrocho; Fernanda dos Santos Louback; Fernanda Segal Lopes; Franciellen Mariano; Gisele Nascimento Loureiro; Janaina Alvarenga Rocha Ayres; Jeane Soares Aguiar; José Antonio Fiorot Júnior; Karoline Calfa Pitanga; Leandro de Assis Barbosa; Lucianna Aguilar Freitas; Maria Aparecida de Souza; Mariângela Braga Pereira Nielsen; Mayke Armani Miranda; Patricia Ribeiro Gaspar; Raiany Boldrini Christe Jalles; Rubia Rasseli Sfalsini; Simone F.C.Tosi; Tania Mara Ribeiro dos Santos; Vinícius Ribeiro de Freitas; Waleska Ribeiro M. Freire.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

DIRETRIZ CLÍNICA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Diretriz Assistencial Multidisciplinar de Abordagem ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral

Abordagem ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral

Ficha catalográfica

Governo do Estado do Espírito Santo | Secretaria de Estado da Saúde

© Reprodução autorizada somente para uso de atividades de pesquisa e ensino, não sendo autorizada sua reprodução para quaisquer fins lucrativos. Na utilização ou citação de partes do documento é obrigatório mencionar a Autoria e Fontes.

Tema: Diretriz Assistencial Multidisciplinar de Abordagem ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral

Versão: 2018

Data da Aprovação
do Diretriz Clínica:
24/09/2018

Líderes: Maria Aparecida de Souza / Patricia Ribeiro Gaspar

Responsável: Fabíola Ribeiro Rios

Colaboradores:

Fiorot Júnior, J.A.; Barbosa, L.A.; Sfalsini, R.R.; Valério, E.C.N.; Souza, M.A.; Gaspar, P.R.; Aguiar, J.S.; Pimentel, C.S.; Spagnol, C.; Aguiar, L.; Nielsen, M.B.P.; Pitanga, K.C.; Garrocho, E.S.; Campagnoli, C.P.; Miranda, M.A.

Data para Revisão
da Diretriz Clínica:
18/10/2018

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO

- 1.1 Declaração de Conflito de Interesse
- 1.2 Níveis de Evidência e Grau de Recomendação
- 1.3 Validação Interna
- 1.4 Validação Externa
- 1.5 Profissionais e Pontos de Atenção à Saúde
- 1.7 População Alvo

2. JUSTIFICATIVA

- 2.1 Situação Demográfica e Epidemiológica

3.OBJETIVOS

- 3.1 Objetivo Geral
- 3.2 Objetivos Específicos

4. ATENDIMENTO INICIAL

- 4.1. Suspeita de AVC: Avaliação e Fluxo do Pré-Hospitalar Fixo (UBS, UPA), Móvel (SAMU) ou Hospital Geral

- 4.2. AVC Hemorrágico (AVCH) atendido no Hospital Geral

5. ATENDIMENTO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

- 5.1- Suspeita de AVC Isquêmico (AVCI) em Hospital de Referência.

- 5.2- Suspeita de AVCH em Hospital de referência

- 5.3- Fase Aguda: Trombólise Venosa e/ou Trombectomia Mecânica

- 5.4- AVCI na unidade de AVC (UAVC)

- 5.5- AVCH na unidade de AVC (UAVC)

- 5.6- Hemorragia Subaracnóidea Espontânea (HSAE)

- 5.7-Alta Médica

- 5.7.1- AVCI

- 5.7.2- AVCH

6.COMPROMISSOS E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

- 6.1 Enfermagem
- 6.2 Nutrologia
- 6.3 Psicologia
- 6.4 Fisioterapia
- 6.5 Terapia Ocupacional
- 6.6 Fonoaudiologia
- 6.7 Critérios de Alta e Continuidade do Cuidado

7.INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA PARA A

COMPLETA IMPLANTAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM AVC	
8.TELEMEDICINA	
9.MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	
10. REFERÊNCIAS	

SIGLAS OU ACRÓSTICOS	
ACM	Artéria Cerebral Média
ASPECTS	Alberta Stroke Program Early Computed Tomography Score
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
DCV	Doença Cerebrovascular
DM	Diabetes Mellitus
FA	Fibrilação atrial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSA	Hemorragia subaracnoide
mRS	Scala Rankin Modificada
mTICI	Modified Thrombolysis in Cerebral Infarction
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OGV	Oclusão de Grande Vaso
PA	Pressão Arterial
rTPA	Recombinant tissue-type plasminogen activator
TV	Trombose Venosa
TM	Trombectomia mecânica
TCC	Tomografia computadorizada do Crânio
TOAST	Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Classification
UAVC	Unidade de AVC
NERI	Núcleo Especial de Regulação e Internação
SUS	Sistema Único de Saúde

TABELAS, QUADROS OU FIGURAS

	Gráfico 01: Pirâmides Demográficas do Estado do Espírito Santo ï 2010, 2015, 2025, 2050
	Tabela 01: Coeficiente de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral, segundo População Residente nas Regiões do Brasil, Estados da Região Sudeste e Regiões do Estado do Espírito Santo - 2012 a 2015
	Tabela 02: Média de permanência de internação por acidente vascular cerebral, nas Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo ï 2014 a 2017
	Tabela 03: Total de gastos das internações por AVC, segundo regiões de saúde do Estado do Espírito Santo - 2014 a 2017
	Mapa 01: Fluxo das Internações por acidente vascular cerebral no Municípios do Estado do Espírito Santo ï 2017
	Fluxograma 1 - Pacientes com suspeita de AVC atendidos pelo pré-hospitalar (SAMU, UBS e Pronto Atendimento) e pelo Hospital Geral.
	Fluxograma 2 - Atendimento de pacientes com suspeita de AVC em Hospital de Referência em AVC.
	Mapa 2: Proposta do número de leitos de UAVC

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular (DCV) e é a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo.

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população aumenta os fatores de risco para AVC, sobretudo após os 55 anos, sendo fundamental a redefinição de estratégias que deem conta do cuidado ao AVC.

O AVC pode ser classificado como isquêmico (AVCI) ou hemorrágico (AVCH).

O AVCI é mais prevalente (84% dos casos) e os principais fatores de risco são a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, fibrilação atrial (FA), tabagismo entre outros. Aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais e cardioembolia são responsáveis pela maioria dos AVCI.

O AVCH também é uma emergência médica. O aumento súbito do volume de sangue intracraniano eleva a pressão intracraniana e causa cefaléia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda da consciência e/ou morte. O prognóstico do AVCH é pior e o índice de óbitos maior em relação ao AVCI. Diagnóstico rápido e manejo atento de pacientes com hemorragia intracraniana são cruciais porque a deterioração precoce é comum nas primeiras horas.

O Ministério da Saúde atento à crescente demanda de se instituir cuidado integral ao paciente acometido por AVC instituiu os critérios para credenciamentos de centros de Atendimento de Urgência em AVC e aprovou a linha de Cuidados em AVC através de sua portaria 665, de 12 de abril de 2012.

1.1. DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os integrantes declaram não haver qualquer conflito de interesse na elaboração deste protocolo.

1.2. NÍVEIS DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO:

NÍVEIS DE EVIDÊNCIA E GRAUS DE RECOMENDAÇÃO
Níveis de Evidência
Nível A - Avaliação de múltiplas populações. Dados derivados de múltiplos estudos clínicos randomizados ou meta-análises.
Nível B - Avaliação de populações limitadas. Dados derivados de único estudo randomizado ou estudos não randomizados.
Nível C - Avaliação de populações muito limitadas. Apenas opinião de consenso de especialistas, estudos de caso ou protocolos de cuidado.
Grau de Recomendação

Grau I	Procedimento / Tratamento DEVE ser realizado / administrado
Grau IIa	Necessários estudos adicionais com objetivos mais focados. É RAZOÁVEL realizar procedimento / administrar tratamento
Grau IIb	Necessários estudos com objetivos mais amplos; registro de dados adicionais poderia ser útil. Procedimento / Tratamento PODE SER CONSIDERADO.
Grau III	Nenhum estudo adicional é necessário. Procedimento / Tratamento NÃO deve ser realizado / administrado JÁ QUE NÃO É ÚTIL E PODE SER PERIGOSO.

1.3. VALIDAÇÃO INTERNA

- Validação interna: Câmara Técnica de AVC da SESA; Hospital Estadual de Referência.

1.4. VALIDAÇÃO EXTERNA

- Validação externa: Sociedade Brasileira de Doença Cerebrovascular – SBDCV.

1.5. PROFISSIONAIS E PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- Profissionais: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Farmacêuticos, Psicólogos, Agentes Administrativos, Gestores, Ministério Público, Comunidade.
- Pontos de Atenção: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Núcleo de Regulação de Internação de Urgência, Núcleo de Telemedicina, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos Socorros dos Hospitais da Rede de Urgência e Emergência, Unidades de AVC.

1.6. POPULAÇÃO ALVO

População do Estado do Espírito Santo acometida pelo AVC.

2. JUSTIFICATIVA

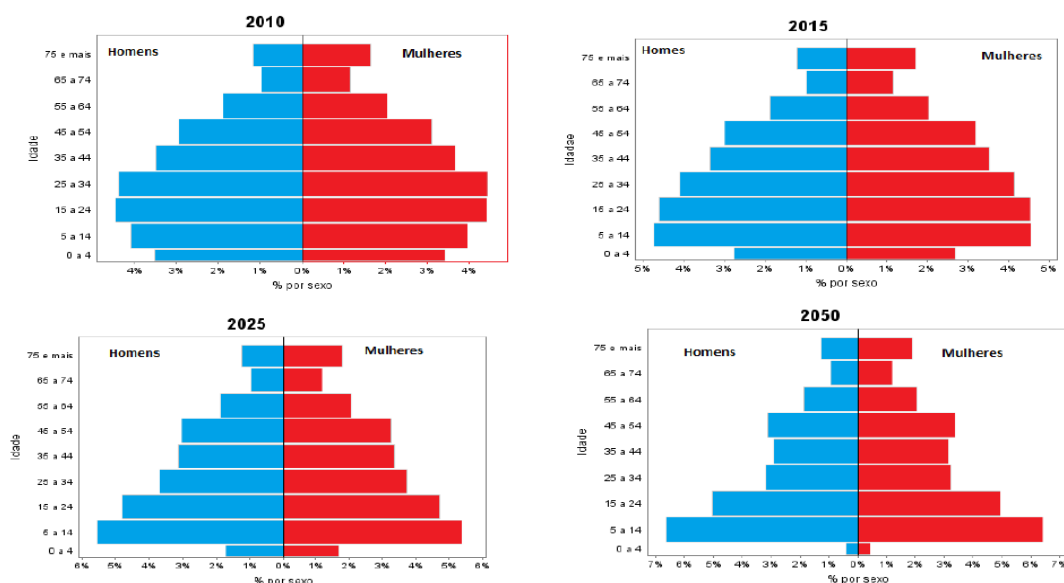
A cada ano, 17 milhões de pessoas tem um AVC no mundo. Destas, 6,5 milhões morrem e 26 milhões ficam com incapacidade permanente. No Brasil, o AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade, com enorme impacto econômico e social, podendo ocorrer em qualquer idade, incluindo crianças.

A eficiência do tratamento do paciente com AVC agudo depende diretamente do conhecimento dos seus sinais e sintomas pela população, da agilidade dos serviços de emergência, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar e das equipes clínicas, que deverão estar conscientizadas quanto à necessidade da rápida identificação e tratamento, do transporte imediato para o hospital indicado e de unidades de tratamento do AVC

2.1. SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O aumento da população idosa e as demandas crescentes de envelhecimento saudável representam desafios importantes para o Sistema Único de Saúde (SUS). Projeções estimam que os anos 2015, 2025 e 2050 no Estado do Espírito Santo (ES) terão aumento acelerado do ápice da pirâmide demográfica pelo envelhecimento populacional. Fonte IBGE, 2008. (Gráfico 01).

Gráfico 01: Pirâmides Demográficas do Estado do Espírito Santo – 2010, 2015, 2025, 2050.



Morbimortalidade por AVC

O AVC é a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo. Mundialmente é responsável por cerca de 6 milhões de óbitos todos os anos. O Estado do Espírito Santo, o coeficiente de mortalidade (Nº de óbitos por AVC/População exposta ao risco x100.000) está em torno de 15,6 óbitos por 100 mil habitantes (tabela 01).

Tabela 01: Coeficiente de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral, segundo População Residente nas Regiões do Estado do Espírito Santo - 2012 a 2016

Regiões	2012	2013	2014	2015	2016
Central	23,3	21,9	22,4	18,7	20,2
Sul	24,5	26,8	24,0	22,6	19,4
Norte	23,5	18,0	19,2	14,8	17,6
Metropolitana	17,5	14,0	14,1	12,7	12,7
Estado ES	20,3	17,9	17,7	15,6	15,6

Fonte: DATASUS/SIM

O AVC apresenta altos níveis de morbimortalidade e, nos casos em que os indivíduos não evoluem à óbito, podem ser gerados quadros de incapacidades funcionais provisórios ou permanentes.

O tempo médio de internações por AVC é maior na Região Metropolitana,

variando de 11,7 dias de internação em 2015 a 10,4 dias em 2017 (tabela 02).

Tabela 02: Média de permanência de internação por acidente vascular cerebral, nas Regiões de Saúde do Estado do Espírito Santo de 2014 a 2017

Regiões/ Estado	2014	2015	2016	2017
Norte	8,3	6,2	6,2	7,5
Central	6,2	6,8	7,1	6,3
Metropolitana	11,7	11,1	11,7	10,4
Sul	8,1	6,6	6,6	6,3
Estado ES	9,1	8,4	8,5	8,2

fonte: Tabnet/SIH

O valor total gasto com internações é cada vez maior no decorrer dos anos e para todas as regiões de saúde (Tabela 03).

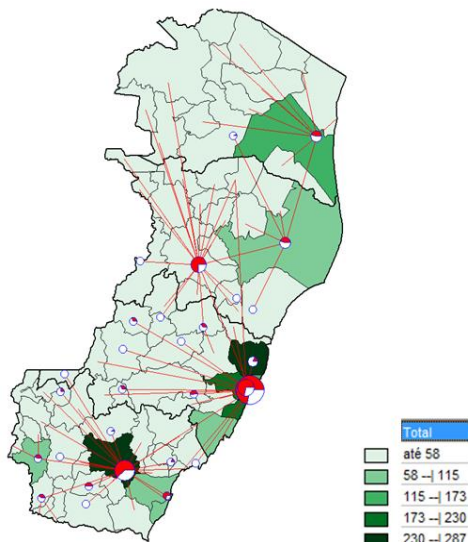
Tabela 03: Total de gastos das internações por AVC, segundo regiões de saúde do Estado do Espírito Santo - 2014 a 2017

Regiões/ Estado	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Norte	38.676,17	196.214,36	288.298,71	267.550,13	289.254,83	306.904,14	245.753,83
Central	55.718,96	340.274,85	402.420,26	461.470,70	363.532,12	422.176,33	290.314,05
Metropolitana	54.526,27	1.046.90,56	983.404,70	1.572.01,84	1.380.70,89	1.646.88,56	1.507.21,75
Sul	72.696,17	893.156,62	1.077.19,93	853.649,72	1.086.51,60	938.137,61	977.721,59
Estado ES	221.617,00	2.476.55,47	2.751.32,03	3.154.68,00	3.120.01,95	3.314.10,68	3.021.00,59

Fonte: Zabnet/SIH

O mapa 01 apresenta os fluxos dos pacientes dos locais de residência para os locais de internações. Os círculos representam os locais de convergência para internação. Os municípios da Região Norte em sua maioria, tem como referência para as internações por AVC, o município de São Mateus. Os municípios da Região Central tem como referência, os municípios de Linhares e Colatina. Da Região Metropolitana onde há maior número de hospitais especializados, as internações dos municípios convergem mais para os municípios de Vitória e Vila Velha. Da Região Sul as internações concentram-se mais no município de Cachoeiro de Itapemirim.

Mapa 01: Fluxo das Internações por Acidente Vascular Cerebral no Municípios do Espírito Santo – 2017



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Redução da morbimortalidade do paciente acometido por AVC no ES.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Normatizar o atendimento ao AVC em todo estado do ES.
- Divulgar o conhecimento referente ao AVC (1B).
- Estabelecer rede de referências entre os pontos de atenção, com base espacial e administrativa, e sistema facilitado de comunicação entre os pontos. (1A).

4. ATENDIMENTO INICIAL AO AVC

4.1. Suspeita de AVC: Avaliação e Fluxo do Pré-Hospitalar Fixo (UBS, UPA), Móvel (SAMU) ou Hospital Geral .

O atendimento deve verificar se o paciente apresenta ao menos um déficit neurológico súbito:

- Hemiparesia (fraqueza de um lado do corpo) - OU
- Alteração de linguagem (não consegue falar uma frase) OU

- Paralisia facial central (paresia do andar inferior da face) OU
- Parestesia (dormência) súbita de um lado do corpo OU
- Incoordenação de um lado do corpo OU
- Cefaleia explosiva + déficit focal (hemiparesia, alteração de linguagem) OU
- Vertigem associada a:
 - Ao menos 01 dos seguintes sinais (visão dupla e/ou dificuldade de engolir e/ou fala arrastada) E
 - Ao menos 01 dos fatores de risco (hipertensão, diabetes, doença cardíaca, fibrilação atrial)

Verificar o horário do início deste(s) déficit(s) (*ictus*) e realizar escala pré-hospitalar de AVC. Se o *ictus* for < 4,5 horas, o paciente deve ser encaminhado para o HOSPITAL REFERÊNCIA em AVC em caráter de emergência.

Se o *ictus* for > 4,5 horas e < 24 horas, o paciente deve ser encaminhado para o hospital de referência em AVC, mais próximo, para internação.

Se o *ictus* for > 24 horas, o paciente deve ser encaminhado para o Hospital Geral mais próximo e regulado para internação em um Hospital de Referência em AVC (localizado em umas das quatro macrorregiões: Norte, Central, Metropolitana ou Sul).

Se o *ictus* for > 7 dias realizar investigação etiológica via ambulatorial.

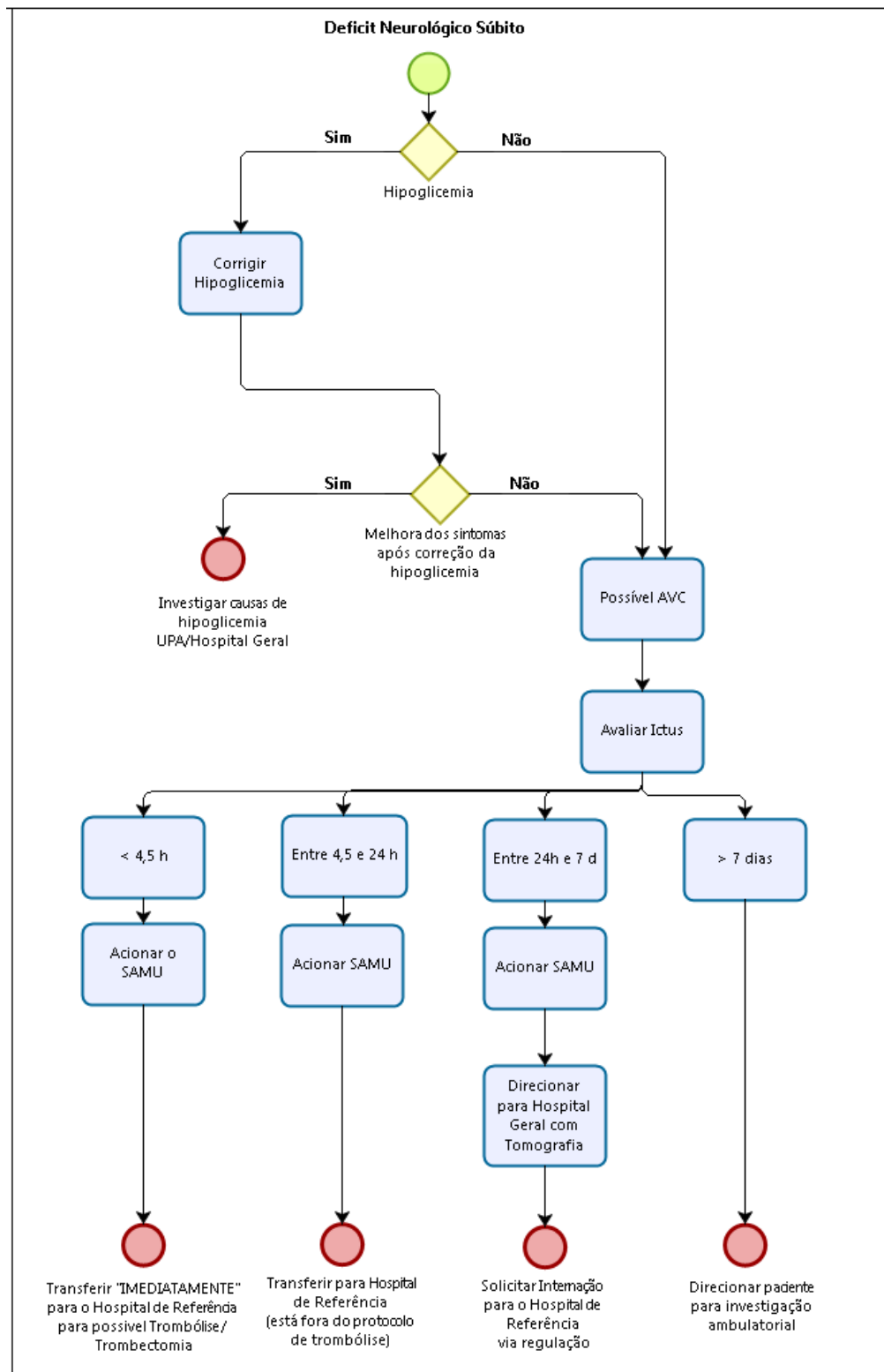
Caso o paciente não se enquadre em uma destas condições, ele deve ser encaminhado para avaliação clínica em HOSPITAL GERAL.

4.2. AVCH ATENDIDO NO HOSPITAL GERAL

Sendo confirmada a hipótese de AVCH, após realização de tomografia computadorizada de crânio e avaliação de Neurocirurgião (presencial ou telemedicina),

o paciente poderá ser transferido para um dos hospitais de referência em **Neurocirurgia**, localizados em umas das quatro macrorregiões (Norte, Central, Metropolitana ou Sul).

Fluxograma 1- Pacientes com Suspeita de AVC Atendidos pelo Pré-Hospitalar (SAMU, UBS e Pronto Atendimento) / Hospital Geral.



5. ATENDIMENTO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

5.1. Manejo do AVCI no Hospital de Referência

- Confirmar ao menos um dos déficits focais súbitos:

Déficits Focais Súbitos no AVC	
1	Hemiparesia
2	Afasia
3	Paralisia facial central
4	Cefaleia explosiva + déficit focal (hemiparesia, afasia)
5	Vertigem + 01 dos sinais/sintomas (diplopia, disfagia, afasia) + 01 dos fatores de risco (hipertensão, diabetes, cardiopatia, fibrilação atrial)

- Verificar o horário do início do(s) déficit(s) - *ictus*.

- Ictus < 4,5 horas

Avaliação neurológica (presencial, ou por telemedicina) → Tomografia de crânio e/ou angiotomografia de vasos cervicais e intracranianos → Confirmado AVCI agudo → Protocolo de AVC Agudo → (trombólise venosa e/ou trombectomia mecânica) → internação na Unidade de AVC (UAVC) ou Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

- Ictus > 4,5 horas e < 24 horas:

Internação na UAVC do Hospital de Referência em AVC

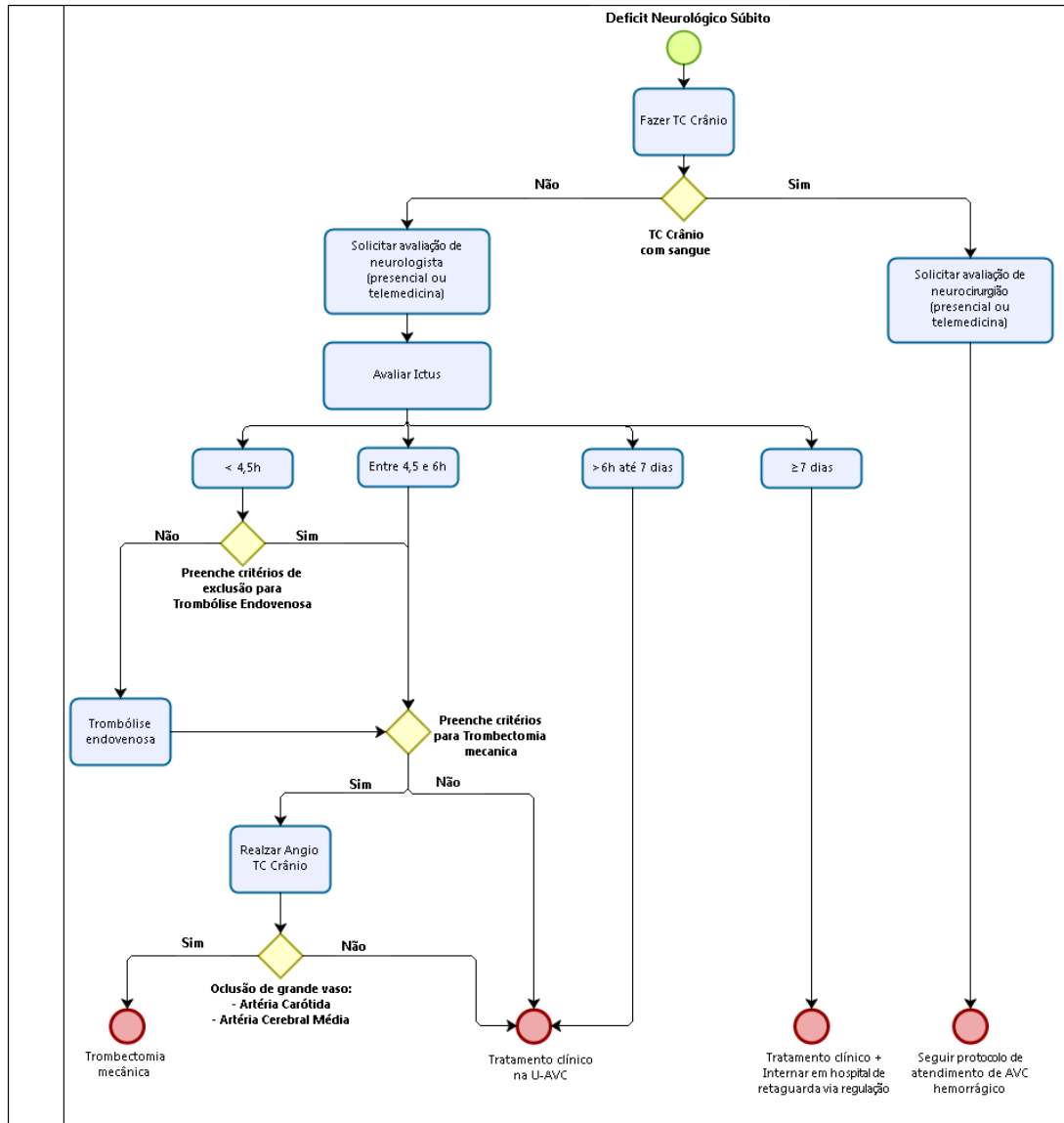
- Ictus > 24 horas:

Encaminhar para o Hospital Geral pactuado, e regulado via Núcleo (NERI).

5.2. MANEJO DO AVCH NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Ao ser confirmado o diagnóstico de AVCH, o paciente deverá ser avaliado pelo neurocirurgião que definirá por tratamento cirúrgico ou não. Se for cirúrgico deverá ser internado na UAVC. Se for optado por tratamento clínico, o paciente deverá ser internado em hospital geral pelo NERI.

FLUXOGRAMA 2 - ATENDIMENTO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE AVC EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM AVC.



5.3- PROTOCOLO DE FASE AGUDA: TROMBÓLISE VENOSA E/OU TROMBECTOMIA MECÂNICA (PROTOCOLO AVC AGUDO) 1A.

TROMBÓLISE VENOSA NO AVCI

I. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Idade > 18 anos; E
- Diagnóstico clínico de AVC isquêmico em qualquer território vascular; E
- Início dos sintomas < 4,5 horas. Se sintomas notados ao acordar, considerar como início o último horário em que estava acordado e assintomático; E
- Tomografia computadorizada do crânio (TCC) sem evidência de hemorragia sem hipodensidade > 1/3 ACM (artéria cerebral média); E
- Persistência do déficit neurológico. Paciente ou responsável legal deve ser esclarecido quanto aos riscos e benefícios do tratamento trombolítico, assim como a concordância em utilizá-lo.

II. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) >15s (RNI>1,7);
- Uso de heparina nas últimas 4 horas com TTPa elevado;
- AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana, malformação vascular ou aneurisma cerebral;
- PA sistólica $\geq$ 185 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
- Hemorragia gastrointestinal nos últimos 21 dias, ou história de varizes esofágicas;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;

- Coagulopatia com TP prolongado (RNI>1,7), TTPa elevado, ou plaquetas < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl; 13. Evidência de pericardite ativa, endocardite, êmbolo séptico ou gravidez;
- Infarto do miocárdio recente (3 meses);
- Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide (HSA) ou dissecação aguda de aorta;
- Determinados fatores interferem no risco/benefício da terapia trombolítica, não sendo, contudo, contraindicação absoluta de seu uso: NIHSS > 22, idade > 80 anos e a combinação de AVC prévio e diabetes mellitus.

III. NÃO SÃO CONSIDERADOS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- CRISE CONVULSIVA no ictus ï rTPA poderá ser administrado em pacientes sabidamente epiléticos, que nunca apresentaram paralisia de Todd e que a história não sugira HSA;
- NIHSS < 04 ï passará a ser considerado NIHSS < 02 (exceto para AFASIA que sempre deverá ser tratado);
- MELHORA DO DÉFICIT ï rTPA estará indicado enquanto NIHSS > 01;
- ANEURISMA CEREBRAL ï rTPA poderá ser administrado em pacientes com história de aneurisma cerebral NÃO ROTO e menor que 10 mm de diâmetro;
- CÂNCER ï rTPA poderá ser administrado em pacientes com câncer e sem evidência de sangramentos espontâneos atuais e com mRS basal < 04;
- DEMÊNCIA ï rTPA poderá ser administrado em pacientes não acamados e com mRS basal < 04;
- MENINGIOMAS ï rTPA poderá ser administrado em pacientes com meningioma;
- SANGRAMENTOS GASTROINTESTINAIS (SGI) ï rTPA poderá ser administrado em pacientes com SGI há menos de 21 dias, desde que não tenha causado instabilidade hemodinâmica, internação e/ou hemotransfusão;
-  Uso de NOACS ï rTPA poderá ser administrado em pacientes, se for uso de DABIGATRANA e o TTPa não estiver acima do valor máximo da faixa de

referência. Para RIVAROXABANA e APIXABANA, SOMENTE se a última dose foi há mais de 48 horas.

IV. MODO DE PREPARO E INFUSÃO DO rTPA

Administrar rTPA EV (0.9mg/Kg, no máximo 90mg), com 10% da dose total em bolus inicial, seguido da infusão do restante em 60 minutos. A diluição do rTPA é de 1mg/mL. Deve-se utilizar vasos da extremidade superior e não correr em Y com nenhuma outra medicação. A medicação não deverá ser diluída. Padronizado na instituição nas apresentações de 10mg, 20mg e 50mg.

V. CUIDADOS APÓS O USO DO rTPA

- Não utilizar antitrombóticos, antiagregantes e heparina nas próximas 24 horas pós-trombolítico;
- Controle neurológico rigoroso;
- Monitorização cardíaca e pressórica (monitore PA a cada 15 min nas duas primeiras horas; a cada 30 minutos da terceira a oitava hora; e a cada 1 hora da nona até 24 horas do início do tratamento, atentando para valores > ou igual a 180/105 mmHg; Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
- Não passar sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do rTPA;
- Não passar SONDA (nasogástrica/nasointestinal) nas primeiras 24 horas.

VI. SUSPEITA DE COMPLICAÇÃO HEMORRÁGICA APÓS O rTPA

- Piora do déficit neurológico ou nível de consciência, cefaleia súbita, náuseas ou vômitos;
- Descontinuar rTPA;
- TCC urgente;
- Colher coagulograma, HT, TP, TTPa, fibrinogênio;

- Se sangramento na TCC, solicitar avaliação neurocirúrgica;
- Outros locais de sangramento (ex.: local de punção venosa) tentar compressão mecânica. Em alguns casos descontinuar o rt-PA.

VII. TRATAMENTO DA COMPLICAÇÃO HEMORRÁGICA

- Crioprecipitado: 6-8U EV (manter fibrinogênio sérico > 100 mg%)
- Plasma fresco congelado: 2 a 6U
- Se nível baixo de plaquetas ou uso de antiagregantes plaquetários: 6 a 8U de plaquetas
- Concentrado de hemácias: manter hemoglobina > 10 mg%
- Deve ser também avaliada a possibilidade de cirurgia descompressiva. É importante salientar que o prognóstico está relacionado ao tipo de transformação hemorrágica, sendo imprescindível classificar o sangramento em infarto hemorrágico I e II, ou hematoma parenquimatoso I e II, de acordo com os critérios do estudo ECASS. Geralmente pacientes com recanalização envolvendo a região M1 podem apresentar discreta transformação hemorrágica, classificada como infarto hemorrágico I ou II. Por outro lado, nos casos de sangramento associado a complicações do rTPA, geralmente encontra-se hematoma com efeito expansivo (hematoma parenquimatoso II, segundo critérios ECASS).

TROMBECTOMIA MECÂNICA (TM) NO AVCI

I. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (TODOS): 1A

- Ictus < 06 horas (para que a punção arterial seja feita < 08 horas) E
- Idade > 18 E
- NIHSS maior ou igual a 08 E
- mRS 1 pré-AVC (nenhuma deficiência significativa, a despeito dos sintomas. Capaz de conduzir individualmente todos os deveres e atividades habituais) E

- Pacientes com *wake-up strokes* e que a TCC da admissão seja normal (e- ASPECTS = 10) E
- TC SEM CONTRASTE: na admissão
- Com ASPECTS 06 OU;
- Normal OU;
- Com hipodensidade < 1/3 ACM OU;
- Com sinais indiretos de isquemia < 1/3 ACM
- ANGIO ã TC na admissão com:
- Com Oclusão (TICI 0-1) da ACI intracraniana (ACI distal/oclusão do T carotídeo), segmento M1-ACM ou tandem proximal ACI/ACM-M1

5.4- PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM AVCI NA UNIDADE DE AVC (PROTOCOLO UAVC)

Uma vez internado na Unidade de AVC (UAVC), o paciente com AVCI será submetido a propedêutica padronizada para tratamento da fase aguda (trombólise venosa e/ou trombectomia mecânica) , realização de exames complementares para a determinação do mecanismo etiológico do AVC (TOAST), bem como a implementação da terapia adequada de prevenção secundária.

Uma vez internado na UAVC, o paciente deve ser mantido em leito com monitorização (UADC), pelo menos nas 48 horas iniciais da admissão. Uma vez obtida estabilização clínica e neurológica, o paciente pode ser transferido para leito de enfermaria (sem monitorização) da UAVC.

Os pacientes admitidos na UAVC devem receber os seguintes cuidados:

- Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar);
- Glicemia capilar à admissão. Monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão. Monitorar de 1/1h se glicemia alterada à admissão;
- Puncionar acesso venoso calibroso, preferencialmente em membro não parético;
- Eletrocardiograma em 12 derivações;
- Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, ureia;
- Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): neurologista, clínico ou enfermeiro;

I. Manejo da PRESSÃO ARTERIAL (PA):

- No paciente candidato à trombólise ou pós-trombólise, a PA deve ser controlada com anti-hipertensivo EV e mantida < 180/105 mmHg. Tentar manter PAS preferencialmente > 160 mmHg:
- Esmolol: 1 amp = 2500 mg=10 ml: Diluir 1 amp. em 240 ml de SF 0,9% = 10 mg/ml. Dose de ataque: 0,5 mg/Kg em 1 minuto - paciente de 70 kg=3,5 ml. Depois, infusão contínua de 0,05- 3,0 mg/kg/min (iniciar com a menor dose e ajustar a cada 4 minutos, repetindo a dose de ataque e aumentando a infusão até atingir a PA desejada). (ATENÇÃO AOS CUIDADOS E RESTRIÇÕES DE USO)
- Nitroprussiato de sódio: 1 ampola (50 mg), diluída em solução de glicose 5%. Aplicar EV: 0,5 a 8 µg/Kg/min, fazendo reajustes, se necessário, a cada 10 minutos (ATENÇÃO AOS CUIDADOS E RESTRIÇÕES DE USO ã PRINCIPALMENTE HIPOTENSÃO ARTERIAL);
- Nos pacientes não submetidos à trombólise, utilizar antihipertensivo se PAS Ó 220mmHg ou PAD Ó 120mmHg ou se suspeita de dissecação de aorta, Infarto Agudo do Miocárdio concomitante, edema agudo de pulmão;
- Se o paciente apresentar hipotensão com o tratamento antihipertensivo, iniciar infusão de solução fisiológica (SF 0,9% 500 ml em bolus se PAS < 140 mmHg)

e, se esta não for efetiva, iniciar vasopressor (norepinefrina 4 mg/4 ml: 2 ampolas em 242 ml SF_i se PAS < 140 mmHg sem resposta à volume).

I. Manter a saturação de oxigênio Ó₂: O₂ cateter nasal ou máscara;

II. .manter temperatura axilar menor que 37,5C

III. Manter glicemia > 70 mg/dl e < 200 mg/Dl;

IV. Manter monitoração cardíaca contínua para detecção precoce de alterações miocárdicas isquêmicas ou arritmias;

V. Considerar intubação endotraqueal se Glasgow ≤ 8. Não deve ser guiada somente por um determinado valor de corte da Escala de Coma de Glasgow, mas por evidência de rebaixamento de consciência com claro sinal clínico de insuficiência respiratória (pO₂ < 60mmHg ou pCO₂ > 50 mmHg), ou se houve evidente risco de aspiração. Sedação adequada deve preceder o procedimento de intubação independentemente do nível de consciência à admissão.

VI. Soro Fisiológico 0,9% IV contínuo (cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca);

VII. Não utilizar solução glicosada isotônica 5% para repor volume.

VIII. PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- **Prescrição padrão inicial para AVCI Agudo sem Trombólise deve contar com (além dos cuidados já descritos):**

1. Dieta suspensa até avaliação da capacidade adequada de deglutição pela Fonoaudiologia;

2. Estatina VO/SNE;

3. AAS 100-300 mg/dia;

4. Se contraindicação à AAS: Clopidogrel 75 mg 4 comprimidos VO no primeiro dia seguidos de 75 mg/dia (durante internação hospitalar);

5. Enoxaparina 40 mg SC 1x/dia ou heparina não-fracionada 5000 UI SC 8/8 h (em pacientes de risco para TVP).

- **Prescrição padrão inicial para AVC Isquêmico Agudo com Trombólise**

1. Dieta suspensa;
2. Puncionar dois acessos venosos periféricos calibrosos antes da trombólise;
3. Monitoração cardíaca e oximetria contínua;
4. Monitoração da pressão arterial não invasiva $\dot{\text{e}}$ 15/15 min;
5. Manter a PAS entre 160 e <180 mmHg e a PAD < 105 mmHg;
6. Glicemia capilar de 1/1h;
7. Escala NIH 30/30 min nas primeiras 6 horas e depois 1/1h nas primeiras 24 horas;
8. Se houver piora súbita $\dot{\text{O}}$ 4 pontos na escala do NIH e/ou cefaleia intensa, piora do nível de consciência, elevação súbita da pressão arterial, náuseas e vômitos: solicitar com urgência TC crânio sem contraste , hemograma, TP, PTTa, plaquetas e fibrinogênio e acionar neurologista;
9. Não utilizar antiagregantes, heparina ou anticoagulante oral nas primeiras 24 horas pós-trombolítico;
10. Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas;
11. Não introduzir sonda vesical até pelo menos 30 minutos do término da infusão do trombolítico;
12. Não introduzir sonda nasoenteral nas primeiras 24 horas após a infusão do trombolítico;
13. Alteplase: 0,9 mg/Kg (até no máximo 90mg), 10% EV em bolus e o restante em bomba de infusão em 1 hora;
14. Esmolol ou Nitroprussiato de sódio ou Metoprolol EV (Alvo: PAS > 160 mmHg e $< 180/105$ mmHg) $\dot{\text{e}}$ não iniciar trombólise se a PA não estiver controlada;
15. Estatina;
16. Hidratação venosa à base de solução fisiológica 0,9%.

IX. DEFINIÇÃO DO TOAST (Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Classification.

- Rotina

A definição do TOAST exige a realização dos seguintes exames complementares:

- Exames de sangue: Lipidograma (LDL e HDL colesterol), Triglicerídeos, Ácido úrico, Glicemia de jejum, Hemograma completo, Urinálise, Ureia e creatinina, Sorologia para Chagas: RIF para Chagas, Sorologia para sífilis: VDRL e FTAABS, Coagulograma: TP e TTPA, Velocidade de hemossedimentação, Proteína C reativa, Eletroforese de proteínas (suspeita de arterite temporal)
- Eletrocardiograma
- Raio X de tórax
- EcoDoppler de artérias vertebrais e artérias carótidas
- Ecocardiograma transtorácico
- Ecocardiograma transesofágico com Bubble Test *
- Exames de neuroimagem:
 - ï Ressonância magnética do crânio*
 - ï Angiorressonância ou angiotomografia dos vasos extra ou intracranianos*
 - ï Arteriografia digital*

* Estes exames serão solicitados em casos selecionados.

**Solicitar avaliação do cardiologista para investigar coronariopatia em pacientes com doença ateromatosa carotídea, mesmo que assintomáticos.

- Pacientes jovens (< 50 anos), acrescentar:
 - ï Ressonância de crânio e angioTC ou angioRM
 - ï Provas de atividade inflamatória
 - ï Alfa 1 glicoproteína
 - ï Enzimas hepáticas

- - ï Sorologia para hepatites B e C
 - ï Sorologia para HIV
 - ï Anticorpo anticardiolipina
 - ï Anticoagulante lúpico
 - ï Homocisteína
 - ï Se urinálise com proteinúria, solicitar: proteinúria de 24hs

- Suspeita de Vasculite de SNC, acrescentar:
 - ï Hemocultura
 - ï LCR
 - ï FAN
 - ï Fator reumatoide
 - ï Anca
 - ï Complemento
 - ï CPK
 - ï Estudar necessidade de biópsia: nervo, pele, músculo, artéria temporal, pulmão.

- Suspeita de Trombofilia, acrescentar:
 - ï Fator V de Leyden
 - ï Antitrombina III
 - ï Mutação da protrombina
 - ï Proteína C da coagulação
 - ï Proteína S da coagulação

5.5-PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM AVCH NA UNIDADE DE AVC (PROTOCOLO UAVC)

Uma vez internado na UAVC, o paciente com AVCH deve ser submetido a avaliação precoce de NEUROCIRURGIA e abordagem imediata do controle da PRESSÃO ARTERIAL. Deve ser mantido em leito com monitorização (UADC), pelo menos nas 48 horas iniciais da admissão, ou até que a pressão arterial esteja controlada e receber os seguintes cuidados:

- Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar);
- Glicemia capilar à admissão. Monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão. Monitorar de 1/1h se glicemia alterada a admissão;
- Puncionar acesso venoso calibroso, preferencialmente em membro não parético;
- Eletrocardiograma em 12 derivações
- Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, ureia;
- Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): neurologista, clínico ou enfermeiro;

Manejo no AVCH:

I. Manejo da PRESSÃO ARTERIAL (PA):

- Pacientes com PA sistólica (PAS) da admissão entre 150 e 220 mmHg e sem contraindicação ao tratamento da PA aguda, devem ter sua PAS reduzida agudamente para 140 mmHg.
- Redução agressiva da PA, com uso de NITROPRUSSIATO EV e monitoração da PA 5/5 min, com alvo de PAS máxima de 140 mmHg dentro de 180 minutos.

II. Indicação de tratamento cirúrgico

- Hemorragia cerebelar com diâmetro > 3 cm
- Escala de coma de Glasgow (9-12)
- Pacientes com hemorragia lobar grande

- Deterioração neurológica muito rápida
- Hematomas em núcleo da base > 30 ml
- Desenvolvimento de hidrocefalia aguda

III. Indicação de terapia anticonvulsivante

- Pacientes que apresentarem crise convulsiva, no contexto da hemorragia cerebral,
- Pacientes torporosos e comatosos,
- Pacientes com hemorragias lobares,
- Após 30 dias, caso não ocorram novas crises, os anticonvulsivantes devem ser suspensos.

IV. Critérios para realização de ARTERIOGRAFIA

- Pacientes com mais de 45 anos e com HIP de localização atípica, não sugestiva de hipertensivo;
- Em todos os pacientes com idade abaixo de 45 anos
- Em pacientes, com forte suspeita de causas secundárias como: MAV, aneurismas, fístulas, trombose de seio venoso e vasculites.

V. Prevenção de trombose venosa profunda.

- Em pacientes com HIC restrito ao leito, instituição de dispositivos de compressão pneumática intermitente dos membros o mais breve possível, para a profilaxia de trombose venosa profunda.
- Após as primeiras 48 horas e após a documentação da estabilidade do volume do hematoma (controle tomográfico), uso de profilaxia para trombose venosa profunda com heparina subcutânea ou heparina de baixo peso molecular

VI. Prescrição inicial:

1. Dieta oral suspensa até avaliação formal da deglutição (preferencialmente por fonoaudiólogo ã SNE se impossibilidade de VO);
2. Monitoração contínua: PNI, ECG, SatO₂;
3. Diurese: 12/12h;
4. Cabeceira elevada a 30º;
5. Profilaxia para TVP, conforme item ãPrevenção de trombose venosa profunda
6. Proteção gástrica;
7. Dipirona IV se Tax > 37,5º;
8. Bromoprida (preferencialmente) ou Metoclopramida se houver náusea ou vômito;
9. Anti-hipertensivo conforme texto;
10. Fenitoína conforme item ãIndicação de terapia anticonvulsivante
11. Hidratação venosa à base de SF 0,9%

VII. Critérios para ALTA HOSPITALAR da UAVC:

Em média, o controle da pressão arterial é obtido dentro de 7 dias de internação hospitalar. Uma tomografia de crânio deve ser realizada com 48 horas da admissão e novamente com 05 dias de internação. Se houver estabilização e/ou redução do volume do hematoma, associado ao controle da PA (PAS < 130 mmHg e PAD < 90 mmHg, o paciente pode receber alta hospitalar. (Caso o paciente ainda não possua condições clínicas de alta hospitalar (devido a complicações clínicas associadas ao AVC), ele deve ser regulado para hospital de retaguarda.

5.6-PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA)

O paciente com HSA deve ser submetido a avaliação precoce pela NEUROCIRURGIA e abordagem imediata do controle da PRESSÃO ARTERIAL.

Uma vez realizada a tomografia de crânio (HOSPITAL GERAL - HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM AVC), sendo confirmado o diagnóstico de HSA, o paciente deve ser encaminhado com urgência, via SAMU, para o HOSPITAL REFERÊNCIA EM NEUROCIRURGIA e ARTERIOGRAFIA. Não confirmado HSA, segue o fluxo de AVCI-AVCH.

Os pacientes com HSA devem receber os seguintes cuidados:

- Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar);
- Glicemia capilar à admissão. Monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão. Monitorar de 1/1h se glicemia alterada a admissão;
- Puncionar acesso venoso calibroso, preferencialmente em membro não parético;
- Eletrocardiograma em 12 derivações;
- Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, ureia
- Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): neurologista, clínico ou enfermeiro;
- Manejo dos parâmetros fisiológicos na HSA
- Avaliação precoce de NEUROCIRURGIA e decisão quanto a ARTERIOGRAFIA e ao TRATAMENTO DE URGÊNCIA.

I. Manejo da PRESSÃO ARTERIAL (PA):

- Pacientes com PA sistólica (PAS) da admissão entre 150 e 220 mmHg e sem contraindicação ao tratamento da PA aguda, devem ter sua PAS reduzida agudamente para 140 mmHg.
- Redução agressiva da PA, com uso de NITROPRUSSIATO EV e monitoração da PA 5/5 min, com alvo de PAS máxima de 140 mmHg dentro de 180 minutos.

II. Prevenção e tratamento do vasoespasmo cerebral:

- Nimodipino oral: 60mg, 4/4h (SNE);
- Evitar hipovolemia;
- Terapia dos 3 Hs (expansão de volume, indução de hipertensão e hemodiluição);
- Angioplastia cerebral e/ou uso de vasodilatador intra-arterial

III. Medidas para prevenir ressangramento:

- Repouso absoluto;
- Pressão arterial deve ser monitorada e controlada levando-se em conta o risco de ressangramento e a pressão de perfusão cerebral (PPC);
- Intervenção cirúrgica ou embolização endovascular precoces do aneurisma roto.

IV. Tratamento de aneurismas rotos:

- Clipagem cirúrgica ou tratamento endovascular devem ser realizados o mais precocemente possível para reduzir a taxa de ressangramento de aneurismas após HSA.
- Aneurismas envoltos, revestidos, parcialmente clipados ou embolizados tem risco aumentado de ressangramento. Obliteração completa do aneurisma é o ideal, sempre que possível.
- Tratamento precoce dos aneurismas reduz risco de ressangramento e permite implementar medidas anti-vasoespasmo cerebral.

V. Profilaxia para crises convulsivas:

- A administração de anticonvulsivante profilático é recomendada no período pós hemorrágico imediato (por até três dias).
- O uso, em longo prazo, só é recomendado nos indivíduos com maior risco (história de convulsões prévias, hematomas intraparenquimatosos, isquemias ou aneurismas de artéria cerebral média).

VI. Prescrição inicial ã HSA

1. Dieta oral suspensa até avaliação formal da deglutição (preferencialmente por fonoaudiólogo) ã sonda nasoenterica se impossibilidade de via oral);

2. Monitoração contínua: PA invasiva, ECG, SatO₂;

3. Diurese: 12/12h;

4. Cabeceira elevada a 30°C;

5. Considerar profilaxia para TVP;

6. Proteção gástrica;

7. Dipirona IV se Tax axilar > 37,5°C;

8. Bromoprida (preferencialmente) ou Metoclopramida se náusea ou vômito;
9. Anti-hipertensivo conforme texto;
10. Fenitoína 100mg de 8/8h;
11. Nimodipino 60mg de 4/4h;
12. Hidratação venosa à base de SF 0,9%.

VII. Critérios para ALTA HOSPITALAR na HSA:

Em média, o controle da pressão arterial é obtido dentro de 7 dias de internação hospitalar. O controle do vasoespasma pode ser mais longo e deve ser observado até o 21º dia de internação. O paciente pode receber alta hospitalar, somente após ter seu aneurisma tratado e ter completado o tempo de observação de incidência de vasoespasma. (Caso o paciente ainda não possua condições clínicas de alta hospitalar (devido a complicações clínicas associadas ao AVC), ele deve ser regulado para hospital de retaguarda.

5.7-ALTA MEDICA

5.7.1-AVC ISQUÊMICO:

ATEROSCLEROSE DE GRANDES ARTÉRIAS: TODOS OS PACIENTES RECEBEM ALTA, COM AS SEGUINTE MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES:

- AAS (200-300 mg/dia), ou Clopidogrel (75 mg/dia), para os pacientes que tenham alergia, ou intolerância gástrica ao uso de AAS.
- Sinvastatina (20-40 mg/dia)
- Anti-hipertensivos conforme necessidade do paciente
- Hipoglicemiantes orais conforme necessidade do paciente
- Interrupção de eventual tabagismo
- Orientação Nutricional

- Seguimento Ambulatorial na CIRURGIA VASCULAR e ou NEURORADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, no prazo máximo de 03 meses, caso seja detectada estenose carotídea maior que 50%.

- Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERÊNCIA (EM 03 MESES da alta)

- Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta).

- Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular

ATEROSCLEROSE DE PEQUENAS ARTÉRIAS: TODOS OS PACIENTES RECEBEM ALTA, COM AS SEGUINTE MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES:

Â AAS (200-300 mg/dia), ou Clopidogrel (75 mg/dia), para os pacientes que tenham alergia, ou intolerância gástrica ao uso de AAS.

Â Dupla antiagregação com Clopidogrel 75 mg + AAS 200 mg, por 03 meses, quando se tratar de AVCI menor (lacuna, com NIHSS <5);

Â Sinvastatina (20-40 mg/dia)

Â Anti-hipertensivos conforme necessidade do paciente

Â Hipoglicemiantes orais conforme necessidade do paciente

Â Interrupção de eventual tabagismo

Â Orientação Nutricional

Â Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERÊNCIA (EM 03 MESES da alta)

Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta).

Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

CARDIOEMBOLIA TODOS OS PACIENTES RECEBEM ALTA, COM AS SEGUINTE MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES:

- Se for diagnosticado Fibrilação Atrial Não Valvar:

Â Dabigatrana 150 mg 12/12h, ou 110 mg 12/12 ou RIVAROXABANA 15 mg ou 20 mg 1x dia.

Â Fornecimento de laudo para aquisição da dabigatrana ou rivaroxabana, junto a Farmácia Cidadã Estadual

Â Anti-hipertensivos conforme necessidade do paciente

Â Hipoglicemiantes orais conforme necessidade do paciente

Â Interrupção de eventual tabagismo

Â Orientação Nutricional

Â Seguimento Ambulatorial no HOSPITAL DE REFERÊNCIA de 3 EM 3, no 1º ano e de 6 em 6 meses, a partir do segundo ano.

Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta)

Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta).

Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

- Se for diagnosticado qualquer outra fonte de cardioembolia, que não Fibrilação Atrial Não Valvar:

Â Varfarina com dose ajustada conforme o TAP/RNI

Â Anti-hipertensivos conforme necessidade do paciente

Â Hipoglicemiantes orais conforme necessidade do paciente

Â Interrupção de eventual tabagismo

Â Orientação Nutricional

Seguimento Ambulatorial no HOSPITAL DE REFERÊNCIA de 3 EM 3 meses, no 1º ano e de 6 em 6 meses, a partir do segundo ano.

Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERÊNCIA (no terceiro mês após a alta)

Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (no sexto mês após a alta).

Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

OUTRAS ETIOLOGIAS TODOS OS PACIENTES RECEBEM ALTA, COM AS SEGUINTE MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES:

À Dissecção Arterial = anticoagulação com varfarina por 3-6 meses. Na impossibilidade de anticoagulação, AAS 300 mg/dia. Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta). Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta). Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

À Presença de Forame Oval Patente (FOP) sem trombofilia = AAS 300 mg. Se houver recorrência = varfarina. Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta). Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta). Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

À Presença de Forame Oval Patente com trombofilia = varfarina. Se houver contraindicação à anticoagulação = filtro de veia cava. Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta) Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta). Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

Â Presença de Forame Oval Patente com Trombose Venose Profunda = varfarina. Considerar o fechamento endovascular do FOP. Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta com NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta). Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta). Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

Â Estenose intracraniana confirmada por arteriografia/ angio-ressonância maior que 70% = AAS 200mg/dia + Clopidogrel 75mg/dia, por 03 meses; seguimento ambulatorial com a Neurocirurgia/Neurointervenção (em 03 MESES). Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta). Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta). Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

ETIOLOGIA INDETERMINADA: TODOS OS PACIENTES RECEBEM ALTA, COM AS SEGUINTE MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES.

Â AAS (200-300 mg/dia), ou Clopidogrel (75 mg/dia), para os pacientes que tenham alergia, ou intolerância gástrica ao uso de AAS.

Â Sinvastatina (20-40 mg/dia)

Â Anti-hipertensivos conforme necessidade do paciente

Â Hipoglicemiantes orais conforme necessidade do paciente

Â Interrupção de eventual tabagismo

Â Orientação Nutricional

Paciente que foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA no HOSPITAL DE REFERENCIA (EM 03 MESES da alta). Paciente que não foi submetido a TV ou TM, deve fazer consulta em NEUROLOGIA agendado pela rede ambulatorial (EM 06 MESES da alta). Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular.

5.7.2-AVC HEMORRÁGICO:

- Â Anti-hipertensivos conforme necessidade do paciente
- Â Hipoglicemiantes orais conforme necessidade do paciente
- Â Anticonvulsivantes conforme necessidade do paciente
- Â Interrupção de eventual tabagismo
- Â Orientação Nutricional

Todo o paciente deve fazer consulta em NEUROLOGIA (EM 06 MESES da alta), agendado pela rede ambulatorial. Todo paciente será encaminhado para UBS do município de origem, para acompanhamento e controle de fatores de risco para doença cerebrovascular (EM 03 MESES da alta).

6-EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

6.1 PROTOCOLO ENFERMAGEM

Atuação da Equipe de Enfermagem no Acolhimento / sala de emergência:
Â Verificação dos sinais vitais;
Â Verificação da glicemia capilar - procurando mantê-lo entre 140-180 mg/dl, evitando também hipoglicemia ≤ 50 mg/dl. Fazendo correções conforme a prescrição médica;
Â Realizar e/ou acompanhar da coleta dos exames laboratoriais previstos no protocolo, encaminhando-os para análise de emergência;
Â Encaminhar o paciente para a tomografia juntamente com equipe do SAMU e médico plantonista;
Â Se for o caso de internação, a enfermagem transfere o paciente para o setor de específico;
Â Caso seja realizada a trombólise, o paciente será puncionado com cateter calibroso nº18 e recebe a primeira dose, já dentro da sala de tomografia;
Â Coleta de dados: horário do ictus, local, sinais e sintomas, histórico de enfermagem e verificação do tipo de precaução contato/padrão;
Â Facilitar o transporte rápido para centros avançados quando apropriado.
O tratamento efetivo imediato para AVC agudo em pacientes selecionados pode incluir:
Â A Alteplase intravenosa pode ser administrada em até 04 horas e 30 minutos após o início dos sintomas;
Â A Trombectomia mecânica poderá ser realizada em até 24 horas.
Â Preparar, diluir o frasco de RTPA, conforme o peso e a tabela de cálculo de diluição do RTPA, designado pelo médico.

Atuação da Equipe de Enfermagem na internação/UAVC:
Â Instalação da monitorização não invasiva;
Â Realizar eletrocardiograma (ECG);
Â De acordo com as evidências existentes, o decúbito horizontal na posição supina favorece a perfusão cerebral sem comprometer a saturação de oxigênio (válido para pacientes sem hipóxia ou outros problemas respiratórios ou de vias aéreas);
Â Portanto, recomenda-se a posição supina para os pacientes sem hipóxia ou intolerância à posição horizontal. Pacientes com risco de obstrução de vias aéreas, broncoaspiração ou suspeita de hipertensão intracraniana, devem ser mantidos com a cabeça elevada em 45° graus;
Â Recomenda-se manter a temperatura corpórea $< 37,5^{\circ}\text{C}$;
Â A pressão sanguínea deve ser mantida abaixo de 180/105 mm Hg durante 24 horas após a administração do trombolítico e trombectomia;
Â Manter paciente em dieta zero, até que seja avaliado pela fonoaudiologia ou tenha condições de receber dieta VO.
Â Observar nível neurológico, comportamento e riscos (queda, broncoaspiração, perda de dispositivos, flebite, lesões de pele e desnutrição).
Â A Sondagem nasoentérica só poderá ser realizado, caso necessite, após 24 horas da trombólise);

Â	A sondagem vesical de alívio poderá ser realizada após 30 minutos do fim da trombólise venosa;
Â	Administrar a medicação conforme prescrição médica;
Â	Acompanhamento da disfagia antes de o paciente começar a comer, beber ou receber medicamentos orais para identificar risco aumentado de broncoaspiração. Se a capacidade de comer dos pacientes for limitada pela disfagia, devem começar a alimentação enteral.
Â	A enfermagem participa exclusivamente do acompanhamento do paciente durante toda a internação;
Â	Promover reabilitação juntamente aos serviços de fisioterapia e fonoaudiologia;
Â	Retirar o paciente da cama, realizar banho por aspersão com cadeira, o mais precoce possível;
Â	Acompanhar nos cuidados com a oferta de alimentação de forma segura;
Â	Orientar acompanhantes sobre cuidados e acompanhamento durante a internação;
Â	Manter cabeceira à 45°, prevenindo riscos de broncoaspiração;
Â	Higiene oral, no mínimo 2x ao dia;
Â	Atenção às peculiaridades dos pacientes: não aferir PA ou colher exames , ou puncionar acesso venoso nos membros plégicos;
Â	Cuidado no uso de fraldas devido ao risco de lesões de pele: Dermatite associada a incontinência (DAI), lesões por pressão e dermatites por umidade ou contato;
Â	Atenção às alergias;
Â	Caso de feridas: acompanhar, controlar a melhora/piora das lesões, optar por curativos bons;
Â	Dar orientação de alta: explicitando cuidados com o uso de medicamentos, riscos, alimentação e observação de sinais e sintomas de novos AVC's, dando os devidos encaminhamentos.

TEMPOS RECOMENDADOS PARA O ATENDIMENTO AO AVCI AGUDO:

Da admissão (triagem) à avaliação médica inicial ĩ 10 minutos;

Da admissão (triagem) ao acionamento do código trombólise, se solicitado ĩ 15 minutos;

Da admissão (triagem) ao início do exame de neuroimagem ĩ 25 minutos;

Da admissão (triagem) ao resultado do exame de neuroimagem ĩ 45 minutos;

Da admissão (triagem) ao resultado dos exames laboratoriais do protocolo ĩ 45 minutos;

Da admissão (triagem) ao início do trombolítico intravenoso, se indicado ĩ 60 minutos;

Da admissão (triagem) ao início do tratamento endovascular, se indicado $\leq$ 90 minutos;

Da admissão (triagem) a transferência para unidade crítica, se indicado $\leq$ 180 minutos;

Do acionamento das equipes de apoio (radiologia intervencionista) a avaliação do caso $\leq$ 30 minutos.

Recomenda-se, portanto após a trombólise, o monitoramento neurológico periódico, através da Escala de AVC do NIH, sobretudo nas primeiras 24 horas da admissão:

15/15 minutos nas primeiras 2 horas;

30/30 minutos até completar 24 horas.

Obs.: Para pacientes não submetidos ao tratamento trombolítico, a Escala de AVC do NIH deve ser aplicada pelo menos a cada 60 minutos até completar 24 horas.

Este monitoramento deve ser feito pelas equipes médica e de enfermagem.

Recomenda-se o monitoramento cardiovascular e pressórico não invasivo periódico, pelo menos nas primeiras 24 horas do AVCI.

Em pacientes que não receberam tratamento com alteplase IV ou endovascular e não possuem comorbidades que requeiram tratamento anti-hipertensivo agudo:

Com pressão arterial abaixo de 220/120 mmHg, iniciar ou reiniciar o tratamento da hipertensão dentro das primeiras 48-72 horas após um AVC agudo não é eficaz para prevenir a morte ou a dependência.

Com pressão arterial superior ou igual a 220/120 mmHg, o benefício de iniciar ou reiniciar o tratamento da hipertensão nas primeiras 48-72 horas é incerto.

Pacientes com AVC agudo que tenham imobilidade devem receber compressão pneumática intermitente para prevenir tromboembolismo venoso. Não está claro se a heparina subcutânea de dose profilática é benéfica nestes pacientes.

Para pacientes com AVCI que já estavam tomando estatinas, é razoável retomar seus medicamentos enquanto estão hospitalizados. Além disso, deve ser feita triagem para disfagia antes de o paciente começar a comer, beber ou receber medicamentos orais

para identificar risco aumentado de broncoaspiração. Se a capacidade de comer dos pacientes for limitada pela disfagia, deverão começar a alimentação enteral em 7 dias.

6.2 PROTOCOLO DA NUTROLOGIA

Terapia Nutricional Hospitalar:

- A evidência disponível sugere que todos os pacientes com acidente vascular cerebral devem ser rastreados para risco de desnutrição em até 48 horas após a admissão hospitalar;
- Pesquisar o paciente na admissão hospitalar e a cada 7 dias e registrar no prontuário. Avaliar peso habitual e perda de peso não intencional para diagnóstico de desnutrição;
- A avaliação nutricional prévia à administração da Terapia Nutricional definirá a conduta dietoterápica mais adequada a cada paciente e poderá contribuir para a recuperação e a manutenção da saúde;
- A terapia nutricional deve ser iniciada precocemente, até 48 horas após admissão hospitalar, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável, após avaliação da capacidade adequada de deglutição pela fonoaudiologia, com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional do paciente.
- Pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição devem receber terapia nutricional através do plano individual de cuidados nutricionais. Sempre que possível, solicitar acompanhamento da equipe multiprofissional de terapia nutricional;
- A via oral é preferida para a terapia nutricional, para pacientes que apresentem condições de mastigação e reflexo de deglutição adequados e após avaliação da disfagia realizada pela fonoaudiologia;
- A terapia Nutricional Enteral é indicada para pacientes com trato gastrointestinal funcional, que apresentam ingestão oral ausente ou inferior a 60-75% das necessidades nutricionais, desnutridos ou em risco de desnutrição;
- Não introduzir sonda nasoenteral nas primeiras 24 horas após a infusão do trombolítico.
- Em pacientes com AVC agudo que são capazes de comer e que foram identificados como, a dieta enteral pode ser necessária para pacientes com

- disfagia grave ou que não conseguem atingir 60-75% das metas calóricas e/ou proteicas pela via oral¹ até que se possa reiniciar a alimentação oral satisfatória;
- Pacientes com AVC agudo criticamente doentes com diminuição do nível de consciência e que necessitam de ventilação mecânica, devem receber alimentação por sonda enteral precoce (iniciar em até 72 horas da admissão);
 - Nos pacientes em risco nutricional, com quadros graves de disfagia e em risco de complicações pulmonares é recomendada a introdução de via alternativa de alimentação.
 - Recomenda-se gastrostomia ou jejunostomia endoscópica percutânea, dependendo do risco de aspiração, para pacientes que permanecerão em Terapia Nutricional enteral por período superior a 4-6 semanas, e deve ser realizada em fase clínica estável (após 14 a 28 dias);
 - Cuidados em pacientes que recebem terapia nutricional enteral:
 - A dieta enteral deve ser feita preferencialmente em bomba de infusão contínua;
 - Manter a cabeceira elevada a 30° durante todo o período de infusão da dieta enteral;
 - Não negligenciar o jejum: evitar pausas para exames e procedimentos diagnósticos, antes e depois de procedimentos cirúrgicos e como controle de sintomas gastrointestinais (diarreia não é indicativo para interrupção da dieta enteral);
 - Higiene oral;
 - A Terapia Nutricional Parenteral é indicada somente se o trato gastrointestinal não estiver funcionando ou nos pacientes que não conseguem atingir 60-75% das metas nutricionais pela via enteral;

Orientações nutricionais para alta hospitalar:

- Na alta hospitalar deve-se acolher e orientar paciente, cuidador e familiares sob cuidados com a Terapia Nutricional e encaminhar o paciente com plano de cuidados para seguimento na atenção básica (NASF);
- A **PORTARIA ESTADUAL 054-R, 28/04/2010** institui os critérios de uso para dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais de uso Adulto, Adolescente e Infantil Clínico na rede pública estadual de saúde;

- Para solicitação das fórmulas nutricionais padronizadas é necessário abrir um processo administrativo na Farmácia Cidadã Estadual de referência do seu município .

6.3 PROTOCOLO DA PSICOLOGIA

Atendimento hospitalar

- 1- O Psicólogo será solicitado através de parecer para avaliação pela equipe Multidisciplinar ou pode ser realizada a busca ativa pelos próprios profissionais de Psicologia. (solicitação de parecer deve ser levado em consideração, os pacientes lúcidos, orientados, comunicativos¹⁵)
- 2- Nas primeiras 24 horas o Psicólogo poderá avaliar a capacidade cognitiva e comunicativa do paciente para a realização da avaliação comportamental.
- 3- Paciente com dificuldade de comunicação por falta de compreensão e/ou instáveis quanto ao quadro clínico, não há indicação inicial para avaliação. Nestes casos, a entrevista clínica psicológica com a família e ou pessoa de referência pelo cuidado auxiliará na coleta de dados da história de vida e o levantamento de hipóteses iniciais de possíveis problemas psicológicos anteriores a internação.
- 4- Caso o paciente apresente condições no momento, o Psicólogo poderá avaliar os estágios iniciais de sintomas depressivos no pós AVC, usando como instrumentos entrevista clínica psicológica com o paciente e familiares e o Questionário da Saúde do Doente/ PHQ-9 (**teste simples que avalia a saúde e o estado de humor** do paciente). O questionário não é um teste e nem tem objetivo de fazer diagnóstico de depressão, apenas indicar a presença de sintomas depressivos e ,diante disso, identificar a melhor forma de conduzir o tratamento com o paciente, bem como fazer encaminhamento à rede de reabilitação aos pacientes com AVC pelo SUS.
- 5- Caso o paciente seja identificado com sintomas de depressão e/ou ansiedade, serão feitas intervenções de psicoeducação (estes receberão orientações, panfletos, fichas informativas) com informações sobre distúrbios de humor pós-AVC, bem como, contatos de serviços de aconselhamento local, endereços de sites informativos de organizações locais e nacionais sobre saúde mental.

- 6- Devido ao baixo tempo de permanência da maioria dos pacientes acometidos por AVC (5 a 8 dias em média), não é o objetivo uma avaliação diagnóstica da depressão, especialmente devido ao fato de poder coexistir diferentes anormalidades e/ou comorbidades. Diante disso, em casos onde o Psicólogo avalie a necessidade de uma investigação mais pormenorizada e haja interesse por parte do paciente e familiar, é possível realizar o encaminhamento para rede.
- 7- Os atendimentos seguem conforme disponibilidade e interesse do paciente, visando o acompanhamento de fatores emocionais que possam interferir no andamento do tratamento.
- 8- Cabe ao Psicólogo dar suporte ao paciente, família e equipe, fornecendo informações e dando apoio sobre as repercussões psicológicas voltadas ao AVC.
- 9- O Psicólogo poderá contribuir na avaliação dos médicos quanto a necessidade de uma avaliação Psiquiátrica quando necessário com objetivo de identificar distúrbios comportamentais e emocionais mais complexos, além de intensificar o tratamento do paciente quanto a intervenções farmacológicas específicas, considerando as características de cada paciente, suas comorbidades e possíveis interações medicamentosas, conforme o diagnóstico realizado

Atendimento Pós-hospitalar (reabilitação)

- 1- O Psicólogo/ Neuropsicólogo, poderá intervir ao nível da estimulação e reabilitação cognitiva, podendo também trabalhar questões emocionais envolvidas na doença ou recuperação, tanto do paciente como da família ou cuidadores.
- 2- O foco do atendimento psicológico é a reintegração do paciente a vida normal, que inclui desde o desempenho de habilidades voltadas para autocuidado, como as relações sociais e a capacidade para desenvolver atividades diárias e tomar decisões sobre sua própria vida.
- 3- Paciente com déficit motor grave, poderão ser encaminhados ao CREFES, onde receberão acompanhamento pela equipe multidisciplinar.
- 4- Paciente com necessidade de assistência domiciliar (acamado) será encaminhado as equipes de atenção básica de cada município, com indicação a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

- 5- Pacientes com sintomas de humor depressivo que apresentem déficit motor leve, que não tenham indicação ao CREFES, serão encaminhados para as equipes de atenção básica.

6.4 PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA

METAS

- A. Prevenção de complicações físicas ou cognitivas secundárias;
- B. Redução dos déficits sensoriais, motores e cognitivos;
- C. Compensação e adaptação às incapacidades físicas e cognitivas;
- D. Aquisição de novos engramas neuromotores (neuroplasticidade e reaprendizado);
- E. Aproveitamento máximo do potencial residual das funções corpóreas (treino e aperfeiçoamento);
- F. Reaprendizado, mudança e reformulação também na esfera social, comportamental, familiar, estudantil e profissional;
- G- Independência e qualidade de vida para pacientes e familiares.

A abordagem da Fisioterapia contempla desde a mobilização no leito, mudanças posturais, transferências, locomoção e treinos funcionais.

Dificuldades na realização dessas atividades podem estar relacionadas à:

- A. perda de força e alterações de tônus muscular
- B. alteração sensorial e/ou perceptual
- C. alteração do equilíbrio
- D. alteração da coordenação motora
- E. alteração da cognição
- F. complicação cardiorrespiratória
- G. condição de participação (nível e conteúdo cognitivo)

Visando o êxito do tratamento o Fisioterapeuta utiliza procedimentos técnicos apropriados e recursos auxiliares como:

- A. cinesioterapia manual motora
- B. cinesioterapia respiratória
- C. bastões
- D. bolas terapêuticas
- E. prancha ortostática
- F. ãstand-tableò
- G. Bengalas

- H. Andadores
- I. Muletas
- J. Órteses
- K. Entre outros recursos

6.4.1 Protocolo de atendimento

- 1) A equipe de Fisioterapia inicia, prontamente, a intervenção ao paciente com AVC na unidade de terapia intensiva (UTI) por meio da investigação do nível de consciência e quadro respiratório. Se necessário, a Fisioterapia respiratória já é iniciada.
- 2) Caso não haja complicações respiratórias e/ou motoras o paciente seguirá em programa de visita sistemática na UTI (a cada 6 horas).
- 3) Nas unidades semi-intensiva e clínica médico-cirúrgica a avaliação e tratamento seguem o padrão de visitas da unidade.
- 4) A continuidade do tratamento fisioterapêutico quanto à frequência diária e semanal, dependerá da evolução de cada paciente. O acompanhamento do paciente abrange desde os setores de pacientes graves e clínica cirúrgica até o centro de reabilitação.
- 5) O treinamento e orientação aos pacientes, familiares e cuidadores, inerentes ao tratamento, como posicionamento ao leito/cadeira, uso de órteses, risco de queda, transferências, etc, fazem parte do Plano Educacional desde a internação.

6.5 PROTOCOLO DE TERAPIA OCUPACIONAL

A continuidade do tratamento fisioterapêutico quanto à frequência diária e semanal dependerá da evolução de cada paciente.

O acompanhamento do paciente abrange desde os setores de pacientes graves e clínica cirúrgica até o centro de reabilitação.

O treinamento e orientação aos pacientes, familiares e cuidadores, inerentes ao tratamento, como posicionamento ao leito/cadeira, uso de órteses, risco de queda, transferências, etc, fazem parte do Plano Educacional desde a internação.

6.6 PROTOCOLO DE FONOAUDIOLOGIA

A triagem fonoaudiológica é feita através da avaliação dos seguintes aspectos:

1. Estado de alerta do paciente;
2. Presença de acompanhante que possa dar assistência à oferta via oral posteriormente;
3. Possibilidade de realizar tosse espontânea e com efetividade;
4. Observação na deglutição de saliva espontânea, da presença de sinais

sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal (engasgo, pigarro, alteração qualidade vocal);

5. Observação na deglutição das consistências pastosa, líquida e sólida seca dos sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal (engasgo, pigarro, alteração qualidade vocal);
6. Observação na deglutição das consistências pastosa, líquida e sólida seca do controle oral do alimento (presença de escape extra oral), atraso para desencadear a deglutição (alteração fase faríngea) e alteração à ausculta cervical.

A partir dos aspectos avaliados, será definida possibilidade de oferta via oral segura e estabelecido o nível da Escala Funcional de Ingesta Oral (Funcional Oral Intake Scale - FOIS) conforme descrito abaixo:

Functional Oral Intake Scale - FOIS

Nível 1	Nada pela boca.
Nível 2	Dependente de via alternativa de alimentação com mínimas tentativas de alimento ou líquido via oral.
Nível 3	Dependente de via alternativa de alimentação com ingesta consistente de líquido ou alimento via oral.
Nível 4	Dieta oral total de uma consistência
Nível 5	Dieta oral total de múltiplas consistências, mas requer preparação especial ou compensações.
Nível 6	Dieta oral total com múltiplas consistências sem preparação especial, mas com limitações específicas de alimentos.
Nível 7	Dieta oral total sem restrições.

6.7 Alta da Equipe Multidisciplinar

1- A alta do paciente do tratamento multidisciplinar, coincide com a alta clínica hospitalar e deverá ser precedida de orientação do familiar ou cuidador. O paciente deverá receber o plano de reabilitação e o encaminhamento para o CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO ES (CREFES) para continuidade ao processo de reabilitação caso necessário. Se o paciente já apresentar no momento da alta hospitalar déficit motor leve, que não tem indicação ao CREFES, de acordo com os critérios

abaixo discriminados para a alta do CREFES, o mesmo deverá ser encaminhado diretamente para as equipes de atenção básica do respectivo município de origem, onde o NASF fará o matriciamento dessas equipes.

2- No CREFES, o paciente permanecerá em atendimento; caso o mesmo não apresente melhora em seis meses, receberá alta para casa com as devidas orientações de cuidados visando a melhor qualidade de vida e deverá ser acompanhado pela equipe do NASF.

A alta do CREFES para continuidade do tratamento em grupo no NASF, se dará quando o paciente apresentar:

- a) Capacidade de caminhar no mínimo 10m sem assistência física de terceiros, com ou sem auxílio de órteses;
- b) Necessidade de continuar a fisioterapia durante o atendimento ambulatorial para melhorar a habilidade de caminhar e/ou condição física;
- c) Ausência de alterações cognitivas graves ou déficits avaliados pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM) < 24 pontos.
- d) Possuir a capacidade de se comunicar (PROFISIO, 2018)

7- INFRAESTRUTURUA NECESSÁRIA PARA A COMPLETA IMPLANTAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM AVC

Todo paciente com AVC (Isquêmico ou Hemorrágico) ou AIT deve ser internado, na fase aguda, em uma Unidade de AVC (UAVC). Isso reduz a mortalidade e a morbidade em cerca de 30 a 50% (Recomendação 1A).

Desde 2015, o Ministério da Saúde, através da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), definiu a LINHA DE CUIDADOS EM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Este documento traz as seguintes recomendações em relação à infraestrutura física e de recursos humanos para o atendimento ao paciente com AVC:

- Unidades de Atenção Básica à Saúde;
- Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar / SAMU 192);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24horas) e Prontos-Socorros de hospitais gerais (não referenciados para AVC);
- Sala de Estabilização (SE);
- Hospitais com habilitação em Centro de Atendimento de Urgência (UAVCs: Tipo I, Tipo II e Tipo III);
- Unidades de Atenção Especializada
- Enfermaria de longa permanência;
- Atenção Domiciliar;
- Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar;
- Serviço de Reintegração Social;
- Centrais de Regulação;
- Ambulatório de Anticoagulação.

Ficou definido então, que os pacientes com AVC serão internados na fase aguda em uma UAVC, que pode ser estruturada em 03 níveis de complexidade:

Tipo I:

Estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT específicos, e que cumpram com os seguintes requisitos:

- Realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;
- Realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;
- Dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM), ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);
- Disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos;
- Fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina);
- Possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Possuir UTI Tipo II ou III;
- Realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral;
- Dispor de equipe neurocirúrgica vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas); e
- Realizar serviço de hemoterapia.

Tipo II

Além dos quesitos necessários para o Tipo I, deve contar com Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo). Necessita de área física definida, no mínimo, com 05 leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com

AVC (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação), oferecendo, inclusive tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico. O atendimento é feito de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia. O tratamento de fase aguda é coordenado pelo neurologista. O hospital deve realizar os seguintes procedimentos:

- Eletrocardiograma (ECG),
- Serviço de laboratório clínico em tempo integral,
- Serviço de radiologia,
- Serviço de hemoterapia,
- Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais),
- Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e
- Angiografia.
- Possuir acesso garantido por meio de termo de compromisso, aos seguintes procedimentos: angiotomografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.

Recursos Humanos

- (01 (um) responsável técnico, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia, reconhecida pelo MEC);
- Médico vinte e quatro horas por dia;
- Enfermeiro vinte e quatro horas por dia;
- 01 (um) técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, vinte e quatro horas por dia;
- Suporte diário de fisioterapeuta;
- Suporte diário de fonoaudiólogo;
- Suporte de neurologista vinte e quatro horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;

Recursos Materiais

- A U-AVC Agudo deve possuir, no mínimo, 5 (cinco) leitos com os seguintes equipamentos e materiais:

- o Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

- o 01 (um) estetoscópio/leito;

- o Pelo menos dois (02) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de 01(um) equipamento para cada 03 (três) leitos;

- o Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

- o Materiais para aspiração;

- o Kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril - 01(um);

- o Equipamento desfibrilador/cardioversor: 01 (um) para unidade;

- o Eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento por unidade;

- o Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para unidade;

- o Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 5 (cinco) leitos;

- o Cilindro transportável de oxigênio;

- o Máscara facial com diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 03 (três) leitos;

- o Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, um para cada leito.

Tipo III

Além dos quesitos necessários para o Tipo II, deve contar com Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral). A U-AVC Integral inclui a U-AVC Agudo, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico. É necessário possuir, no mínimo, 10 leitos e objetivar o atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição (exceto aqueles que necessitem de terapia intensiva e aqueles para os quais for optado por suporte com cuidados paliativos). Tem, também, o papel de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. Deve contar com Ambulatório especializado para dar suporte à Rede (preferencialmente próprio ou referenciado). O hospital deve realizar os seguintes procedimentos:

- Eletrocardiograma (ECG),
- Serviço de laboratório clínico em tempo integral,
- Serviço de radiologia,
- Serviço de hemoterapia,
- Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais),
- Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico e
- Angiografia.
- Possuir acesso garantido por meio de termo de compromisso: aos seguintes procedimentos: angiotomografia, ressonância magnética, angioressonância, ecodoppler transcraniano e neuroradiologia intervencionista.

Recursos Humanos

- (01 (um) responsável técnico, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC);
- 01 (um) médico, vinte e quatro horas por dia;

- Suporte de neurologista vinte e quatro horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados;
- 01 (um) enfermeiro exclusivo na unidade;
- 01 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos;
- 01 (um) Fisioterapeuta para cada 10 leitos (6 horas/dia);
- 01 (um) Fonoaudiólogo para cada 10 leitos (6 horas/dia);
- 01 (um) Terapeuta ocupacional para cada 10 leitos (6 horas /dia);
- 01 (um) assistente social 06 horas/dia de segunda à sexta;
- Suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

Recursos Materiais

- A U-AVC Integral deve possuir, no mínimo, 10 (dez) leitos com os seguintes equipamentos e materiais:
 - o Camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;
 - o 01 (um) estetoscópio/leito;
 - o 02 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos;
 - o Cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não-invasiva;
 - o Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
 - o Máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 05 (cinco) leitos;
 - o Materiais para aspiração;
 - o Eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento por unidade;

o Kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial (ambu), cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril - 01(um);

o Equipamento desfibrilador/cardioversor: 01 (um) para unidade;

o Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para unidade;

o Maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

o Cilindro transportável de oxigênio.

A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo:

I. Tempo porta-tomografia < 25 minutos;

II. Tempo porta-agulha < 60 minutos.

III. Profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

IV. Alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico (salvo situações específicas);

V. Alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou Flutter (salvo contraindicações);

VI. Uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

VII. Alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico (salvo contraindicações);

VIII. Alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

IX. Porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda, atendidos na Unidade de AVC;

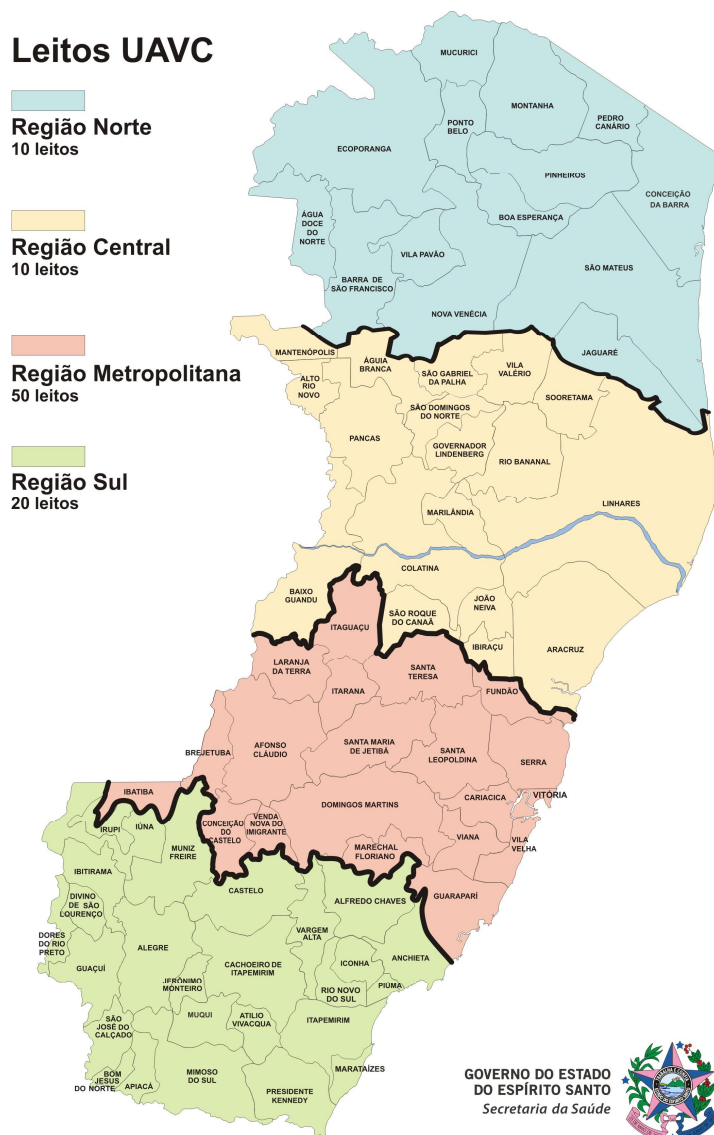
X. Tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

XI. As seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

XII. CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

XIII. Mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma.

MAPA 2: números de leitos de UAVC



O quantitativo planejado para implantação de UAVC está baseado na recomendação do Ministério da Saúde de 20 leitos para cada 800 internações/ano e a média de internações por domicílio de origem nos últimos 05 anos. Diante do exposto sugerimos o quantitativo de leitos de UAVC

- NORTE: mínimo de 10 leitos
- CENTRAL: mínimo de 10 leitos
- METROPOLITANA: mínimo de 50 leitos
- SUL: mínimo de 20 leitos

Para a efetiva implantação da Diretriz Estadual de Atendimento ao Paciente com AVC será necessária a expansão do SAMU para todo o estado do ES, criação e ampliação da oferta de leitos de UAVC nos hospitais de referência com toda estrutura e adensamento tecnológico necessário, à fim de permitir que qualquer paciente possa ser submetido às opções terapêuticas da fase aguda (TROMBÓLISE VENOSA e TROMBECTOMIA MECÂNICA) a menos de 4,5 horas do início dos sintomas. Vale ressaltar a necessidade de criação e ampliação de leitos de retaguarda para as UAVC para transferência de paciente pós fase aguda do AVC.

8.0-TELEMEDICINA

A utilização de tecnologia em telemedicina vem se estendendo progressivamente em todo o mundo, consolidando-se como ferramenta muito poderosa na ampliação do acesso à assistência especializada qualificada, independente da barreira física da distância. A terapia trombolítica com suporte por telemedicina é uma realidade em diversos países e já existem experiências exitosas no Brasil, especialmente no programa de AVC do estado do Rio Grande do Sul. A telemedicina para o AVC pode ser muito útil como suporte dos Centros de referência às unidades de menor complexidade, tanto no processo de assistência, quanto na facilitação da promoção de fóruns regulares de discussão à distância e educação permanente. Pode ser utilizada como suporte para o diagnóstico e tratamento do AVC agudo para hospitais que atendam os critérios mínimos para o tratamento agudo destes pacientes, conforme disposto neste documento.

Considerando a carência de especialistas em Neurologia, com perfil para trabalhar com casos de AVC agudos, fora da região Metropolitana do estado, a

implantação da telemedicina se torna ferramenta imprescindível para o sucesso dessa Diretriz Estadual.

Existem duas opções para atingir esse objetivo:

1. Convênio com serviço de telemedicina em AVC já estruturado fora do estado.
2. Estruturação de um serviço estadual de telemedicina em AVC na Região Metropolitana (Ideal).

9.0 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Indicadores principais que influenciam diretamente no desfecho:

- Serviços de Emergência médica pré-hospitalar: tempo porta SAMU.
- Porta tomografia 25 minutos da chegada do paciente até a realização da tomografia e mais 20 minutos até a interpretação da TC.
- Porta agulha 60 minutos.
- Taxa elegibilidade: porcentagem de pacientes tratados com trombólise em relação ao número de AVCI agudo que chega ao hospital.
- Taxa de sangramento cerebral sintomático nos pacientes que recebem tratamento trombolítico.
- Mortalidade intra-hospitalar por AVC.

10.0 REFERÊNCIAS

1. Pontes-Neto O, Oliveira-Filho J, et al. Comitê Executivo da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. Arq Neuropsiquiatr 2009;67(3-B):940-950. Flaherty ML, Haverbusch M, Sekar P, et al. Long-term mortality after intracerebral hemorrhage. Neurology 2006;66:1182-1186.
2. Qureshi AI, Tuhim S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral haemorrhage. N Engl J Med 2001;344:1450-1460.
3. Morgenstern LB, Hemphill III JC, et al. American Heart Association Stroke Council and Council on Cardiovascular Nursing. Guidelines for the

- Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Stroke* 2010;41:2108-2129.
4. Caplan LR. Acute stroke: seeing the full picture. *Hosp Pract (Minneap)* 2000;35:65-71.
 5. Goldstein LB, Simel DL. Is this patient having a stroke? *JAMA*. 2005;293:2391-2402.
 6. Weir CJ, Murray GD, Adams FG, Muir KW, Grosset DG, Lees KR. Poor accuracy of stroke scoring systems for differential clinical diagnosis of intracranial haemorrhage and infarction. *Lancet* 1994;344:999-1002.
 7. BRASIL. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012;
 8. BRASIL. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012;
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Rotinas no AVC: pré-hospitalar e hospitalar. Brasília: MS, 2012;
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada; Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Programa nacional de atendimento à doença vascular aguda. Brasília: MS, 2009;
 11. Massaro, Ayrton Roberto et al. Diretrizes do Hospital Sírio e Libanês: abordagem diagnóstica e terapêutica do acidente vascular cerebral isquêmico agudo. São Paulo: HSL, 2006;
 12. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC, Johnston KC, Johnston SC, Khalessi AA, Kidwell CS, Meschia JF, Ovbiagele B, Yavagal DR; American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015 Oct;46(10):3020-35. doi: 10.1161/STR.0000000000000074. Epub 2015 Jun 29.
 13. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares: primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*, 2001;59:972-980.

14. Alberts MJ, Hademenos GH, Latchaw RE, et al. Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *JAMA*, 2000; 283:3102-3109.
15. Hanley DF. Review of critical care and emergency approaches to stroke. *Stroke*, 2003; 34:362-364.
16. Stroke. In: 2005 International consensus conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Circulation*, 2005; 112(22 suppl):III 110-114.
17. Gropen TJ, Gagliano PJ, Blake CA, et al. Quality improvement in acute stroke. *Neurology*, 2006; 67:88-93.
18. Citerio G, Galli D, Pesent A, et al. Early stroke care in Italy: a steep way ahead: an observational study. *Emerg Med J*, 2006; 23:608-611.
20. Adams Jr HP, Crowel RM, Furlan AJ, et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from Special Writing Group of the Stroke Council. American Heart Association. *Stroke*, 1994; 25:1901-1914.
21. Mendelow AD. Mechanisms of ischemic brain damage with intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 1993; 24(Suppl1):I115-I117.
22. Bonita R. Epidemiology of stroke. *Lancet*, 1992; 339:342-344.
23. Goldstein LB, Simel DL. Is this patient having a stroke? *JAMA*, 2005; 293:2391-2402.
24. Broderick JP, Adams HP, Barsan W, ET AL. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke*, 1999; 30:905-915.
25. Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care, *Stroke*, 2005; 36:1-14.
26. Kidwell CS, Saver JL, Schubert GB, et al. Design and retrospective analysis of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen. *Prehosp Emerg Care*, 1998; 2:267-273.
27. 19. Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M. Identifying stroke in the field: prospective validation of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen. *Stroke*, 2000; 31:71-76.
28. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) rt-PA Stroke Study Group. Tissue Plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*, 1995; 333:1581-1587.
29. CORBIN-LEWIS, K.; LISS, J. M.; SCIORTINO, K. L. Anatomia Clínica e fisiologia do mecanismo de deglutição. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
30. DANIELS, S. K.; HUCKABEE, M. L. Dysphagia following stroke. San Diego: Plural Publishing, 2008.
31. MILLER EL, et al. On behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* v. 41p.2402-2448, 2010.

32. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, Brasília, 2013.
33. PROFISIO -Programa de Atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 5/organizado pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN):organizadoras, Cristiane Souza Nascimento Baez Garcia, Livia Dumont Facchinetti.- Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2018.
34. SAMPAIO RF, MANCINI MC. Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. fisioter. v 11 n. 1,p.83-89, 2007.
35. TERRANOVA T, et al., Chronic Cerebral Vascular Accident: rehabilitation. Acta Fisiatr. Apr; v.19,n.2, p:50-9, 2012.
36. WILLIAM J. POWERS, et al., Guidelines for Management of Acute Ischemic Stroke. Stroke, 2018.
37. SACCO R. et al., An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals fr. Stroke WINSTEIN et al .Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2016. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. R. Burgos et al. Clinical Nutrition 37 354e396; 2018.
38. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Terapia Nutricional: Administração e Monitoramento São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2011.
39. Guidelines for Acute Ischemic Stroke treatment ĩ Parte II: Stroke treatment. Arq Neuropsiquiatr 70(11):885-893; 2012.
40. Diretriz de Acidente Vascular Cerebral Albert Einstein 2017.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
42. <https://farmaciadada.es.gov.br/dietas-e-formulas-nutricionais>.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica n.28 volume I. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica n.28 volume II. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Bibliografia
46. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning. Guideline 64. Novembro de 2002. Disponível em: URL: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/64/index.html>

47. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. 2nd ed. Prepared by the Intercollegiate Working Party for Stroke. London: RCP; 2004. Disponível em: URL:
48. http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/stroke_guidelines_2ed.pdf
49. Eastwood MR, Rifat SL, Nobbs H, Ruderman J. Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry* 1989;154:195-200.
50. Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005;36:2296-301.
51. Bolla-Wilson K, Robinson RG, Starkstein SE, Boston J, Price TR. Lateralization of dementia of depression in stroke patients. *Am J Psychiatry* 1989;146:627-34.
52. Schultz SK, Castillo CS, Kosier JT, Robinson RG. Generalized anxiety and depression. Assessment over 2 years after stroke. *Am J Geriatr Psychiatry* 1997;5:229-37.
53. Kneebone II, Dunmore E. psychological management of post-stroke depression. *Br J Clin Psychol* 2000;39:53-65.
54. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD003437.
55. McKinney M, Blake H, Treece KA, Lincoln NB, Playford ED, Gladman JR. Evaluation of cognitive assessment in stroke rehabilitation. *Clin Rehabil* 2002;16:129-36.
56. Hackett ML, Anderson CS, House AO: Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke* 2005;36:1098-103.
57. Karamchandani RR, Vahidy F, Bajgur S, Vu KYT, Choi HA, Hamilton RK, et al. (2015) Early Depression Screening Is Feasible in Hospitalized Stroke Patients. *PLoS ONE* 10(6): e0128246. doi:10.1371/journal.pone.0128246.