



ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Matheus Baptista Passos

ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadora: Lanna Paulla A. Melo, Médica da Família e Comunidade titulada pela

SBMFC

Campo Grande

2022

RESUMO

PASSOS, Matheus Baptista. *Abordagem e acompanhamento do acidente vascular cerebral*. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) é a terceira maior causa de morte no Brasil, resulta em grande morbidade e custos para o sistema público de saúde. Seu tratamento de forma aguda é limitado e de difícil acesso, o seguimento desses pacientes é complexo e necessita de atenção, prática e longitudinalidade. A atenção primária a saúde é altamente distribuída no país contando com mais de 40.000 unidades, é função da mesma o acompanhamento horizontal. Objetivos: Otimizar o atendimento e acompanhamento do paciente com AVE através da elaboração de guias com literatura atualizada. Métodos: Realizada revisão de livros e artigos científicos de importância médica. Resultado: A avaliação do paciente com AVE deve ser rápida assim como seu diagnóstico para isso abrimos mão de ferramentas como o mnemônico F.A.S.T.; esquematização do atendimento e rápida remoção do paciente. O acompanhamento na estratégia de saúde da família (ESF) é complexo e focado na atenção multidisciplinar. Discussão: É necessária a revisão de diversos fluxos estabelecidos, a formação continuada dos profissionais, redução de encaminhamentos ao serviço ambulatorial, otimização de tempo no atendimento de emergência e valorização da atenção primária. Conclusão: Uma ESF fortalecida é completamente capaz de acompanhar a maioria dos pacientes com AVE e promover uma reabilitação efetiva melhorando assim de forma significativa a qualidade de vida do mesmo.

Palavras-chave: AVE; atenção básica; revisão

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é atualmente a terceira maior causa de morte no Brasil, ficando atrás apenas da violência e infarto agudo do miocárdio (IAM). Quando não fatal, o mesmo pode resultar em uma grande morbidade, perda da autonomia e da atividade econômica do indivíduo. (“Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013”, 2015)

Estima-se que ocorram cerca de 81 a 150 novos casos de AVE para cada 100.000 habitantes por ano, resultando em mais de 2 milhões de pessoas vivendo com sequelas no país. Uma prevalência maior em homens, com pouca educação e que moram em regiões urbanas. Do total de pessoas acometidas, por volta de 568 mil pessoas possuem sequelas mais severas com grande limitação. (BENSENOR et al., 2015; MARTINS et al., 2009)

Não existem no Brasil bons estudos sobre os custos do AVE para o sistema de saúde. Nos Estados Unidos (EUA) se sabe que: ele é a maior causa de incapacidade permanente; cerca de 70% dos custos ocorrem no primeiro ano após o evento; e durante o restante da vida do paciente esse valor pode chegar a \$140.048,00, resultando em um gasto global estimado de \$18.8 bilhões somente no ano 2008. (WRITING GROUP MEMBERS et al., 2012)

O AVE está intrinsecamente ligado ao envelhecimento, obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), etilismo, sedentarismo e cardiopatias. Pode ser classificado em isquêmico (AVEi) ou hemorrágico (AVEh) representando 85% e 15% dos casos respectivamente. Em ambos os casos há morte neuronal que resulta em efetiva perda funcional do local afetado, podendo resultar déficits motores, sensitivos, cognitivos, visuais ou auditivos. (MARTINS et al., 2009)

Etiologicamente o AVEh é dividido em hemorragia subaracnóidea (HSA) e intraparenquimatosa (HIP). A primeira pode ser traumática, mais frequente, ou espontânea, está que resulta do rompimento aneurismático intracraniano, geralmente grave com mortalidade por volta de 50% em 6 meses. A HIP, ou seja, o rompimento arterial no meio do parênquima cerebral levando ao extravasamento sanguíneo e morte neuronal, é multifatorial, mas relaciona a malformações vasculares, uso de drogas, HAS, anticoagulação. Já o AVEi é subdividido em aterotrombótico, cardioembólico, lacunar ou de etiologia mal definida, sua identificação etiológica é de suma importância para o seguimento e profilaxia secundária dos pacientes. As causas

são, respectivamente: oclusão das grandes artérias cerebrais (carótida interna e vertebral) por ateroma levando a obstrução do fluxo sanguíneo; embolia cardiogênica de trombos na grande maioria dos casos relacionadas a fibrilação atrial (FA) não diagnosticada ou mal manejada; lesões pequenas possivelmente aterotrombóticas que acometem pequenos vasos em áreas nobres do encéfalo cursando com síndromes clássicas; outras causas e as não especificadas. (MARTINS et al., 2009)

O objetivo do tratamento agudo visa reduzir a perda neuronal através da revascularização no AVEi e da prevenção do resangramento com o objetivo de reduzir a citotoxicidade do sangue extravasado no sistema nervoso central (SNC) no AVEh, além da descompressão do encéfalo quando necessário em ambos os casos. (MARTINS et al., 2009)

A base da revascularização é o tratamento trombolítico com o ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) um potente fármaco capaz de destruir o trombo ou placa de ateroma e reestabelecer a perfusão tecidual, tal tratamento possui a restrita indicação de ser realizado em até no máximo 4 horas e 30 min após o primeiro sinal de isquemia, depois desse período a morte neuronal já está estabelecida e não há mais benefício no seu uso, uma vez que o risco de sangramento e complicações é muito maior. (MARTINS et al., 2009)

Além da janela de tempo entre o início do evento e o tratamento (Δt), o exame de tomografia computadorizada (TC) de crânio não deve possuir indícios de sangramento e o déficit neurológico deve ser considerável para haver benefício de sua realização. Existem também vários critérios de contraindicação que devem ser metodicamente avaliados: AVE ou trauma craniano (TCE) importante nos últimos 3 meses; cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias; história de AVEh; punção licórica nos últimos 7 dias; AVE com rápida melhora neurológica; pressão arterial sistólica (PAS) maior que 185 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD) maior que 110 mmHg; crise convulsiva como primeiro sintoma do evento; sintomas sugestivos de hemorragia meníngea; infarto recente do miocárdio; uso de anticoagulante oral ou INR maior que 1,7; uso de heparina nas últimas 48 horas e TTPA $> 1,5x$ controle; plaquetas menor $100.000/mm^3$; glicemia < 50 mg% ou > 400 mg%; gestação. A realização do procedimento sem a sua absoluta indicação pode acarretar em complicações potencialmente fatais ao paciente. (MARTINS et al., 2009)

No AVEh o tratamento visa um controle clínico intensivo do paciente como: manejando o aumento da pressão arterial (PA); complicações ventilatórias; hipo ou

hiperglicemia, além de medidas de combate ao vasoespasmismo na HSA, através do uso de nimodipino. Deve ser também instituída a profilaxia de crises convulsivas, através do uso de anticonvulsivantes, principalmente a fenitoína. Em alguns casos a lesão extensa pode levar ao edemaciamento cerebral e hidrocefalia com aumento da pressão intracraniana (PIC), podemos lançar mão de medidas farmacológicas como o manitol ou até mesmo de drenagem cirúrgica da lesão. (MARTINS et al., 2009)

Uma das maiores formas de prevenção dos casos de AVE é através da modificação do estilo de vida, tratamento e controle das patologias subjacentes que aumentam o risco do mesmo. Nesse contexto, a atenção primária à saúde deve ser referência no combate, redução da gravidade e necessidade de internações pelo AVE, abreviando assim o adoecimento da população, número de pessoas com sequelas, custos ao sistema de saúde e perda da produtividade do país. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; MARTINS et al., 2009)

Desde os primórdios de sua criação na Inglaterra por volta de 1920, quando Bertrand Dawson escreveu o “Informe de Dawson sobre o futuro dos serviços médicos e afins” estabelecendo os pilares da atenção primária à saúde (APS) como: regionalização; referenciamento; a função de “filtro” ou “gatekeeper”, segundo Barbara Starfield, onde é substancial para evitar a superlotação do sistema de saúde; e também visa a promoção de hábitos de vida saudável buscando reduzir o impacto do envelhecimento populacional das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sobre a população. É sabido que a grande maioria das patologias que acometem o indivíduo podem receber assistência integral em uma APS preparada, o que resultaria em uma expressiva redução no número de internações por essas patologias e menores custos ao governo. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; STARFIELD, 1994)

Todavia, o atual cenário do país não é de uma APS fortalecida, preparada para lidar com os as dificuldades e capaz de realizar um cuidado integral. Mesmo possuindo uma rede extensa composta por mais de 40.000 unidades de atenção primária, o acesso à saúde ainda é limitado, principalmente em locais carentes onde se encontra a população mais vulnerável. Somados ao crônico subfinanciamento por partes das esferas governamentais prévios ao ano de 2010 e o envelhecimento populacional, temos o aumento de diversas patologias antes preveníveis ou evitáveis entre elas as DCNT. (HARZHEIM et al., 2020; ROUQUAYROL, 2018)

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Com base no exposto, surgem os questionamentos de como seria possível melhorar o manejo de pacientes com AVE e prevenir novos casos nos serviços de saúde da cidade de Campo Grande sem onerar ainda mais o já saturado sistema de saúde?

HIPÓTESE

O fortalecimento dos serviços de acesso aos serviços devem ser a base de qualquer sistema de saúde como: na APS, o cuidado longitudinal visando a prevenção de primeiros ou novos AVE é essencial; manejo próximo de pacientes debilitados fazendo a mediação entre o paciente e serviços terciários; solicitação de acompanhamento ambulatorial especializado e reabilitação. Enquanto uma emergência, também deve estar pronta e capacitada para diagnosticar e manejar rapidamente um quadro de AVE, com base em escalas e protocolos já definidos. O rápido cuidado do quadro é de suma importância para sua melhora e redução significativa do número de sequelas, amortizando a dependência futura do paciente e gastos.

A gestão de forma adequada e comunicação ativa com os serviços deve ser capaz de trazer diversos benefícios à população e redução de custos do Sistema Único de Saúde (SUS) em setores de alta complexidade.

OBJETIVO PRIMÁRIO

As estratégias a serem traçadas se baseiam na pesquisa de referências atualizadas e bem embasadas sobre o assunto, de modo a estabelecer sistematicamente fluxos de atendimento, avaliação, encaminhamento e necessidade de solicitação de exames e tratamento do AVE e suas patologias mais relacionadas. Com base nisso, a posteriori, é possível conversar com gestores e articular a otimização do serviço de atenção primária e emergência no atendimento do cidadão acometido.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

O estabelecimento de novos fluxos de regulação, com protocolos claros e atualizados, também contribuiria na redução da fila de espera para procedimentos

extremamente necessários e urgentes ao paciente acometido por AVE, como fisioterapia e fonoterapia.

Somado a isso a formação continuada do profissional das portas de entrada do SUS, tanto na APS como nos serviços de urgência, ofertando escalas e protocolos indicados para o serviço, melhorando assim o reconhecimento do caso de AVE, atenuando o tempo de espera entre o evento e o tratamento necessário, aprimorando o acompanhamento dos pacientes já acometidos e evitando novos casos e complicações.

MÉTODOS

Busca virtual de bibliografias atualizadas e pertinentes sobre o assunto, tendo como base os principais tópicos: AVE; AVE na APS; Medicina da Família e Comunidade; AVE na urgência. O embasamento deste trabalho também foi realizado através dos livros texto de referência para as áreas de medicina da família, clínica médica e urgência como: Tratado de medicina da família e comunidade, Gusso et al; medicina ambulatorial condutas de atenção primária baseadas em evidências, Duncan et al; coleção de clínica médica da universidade do estado de São Paulo; Advanced Cardiologic Life Support (ACLS).

RESULTADOS

É imprescindível que todo profissional da saúde saiba reconhecer ou suspeitar de um AVE ou ataque isquêmico transitório (AIT) pois o diagnóstico rápido do quadro é essencial. O mnemônico *Face, Arm, Speech e Test* (FAST) tem o objetivo de dar celeridade e reduzir o subdiagnóstico de paciente com AVE. Esta avaliação primária e rápida e tem sensibilidade de 61-80% em reconhecer um quadro agudo de AVE. A avaliação FAST baseia-se respectivamente no exame da face do paciente buscando desvios de rima, força dos membros superiores bilaterais (MMSS) que pode traduzir em hemiplegia, fala em busca de disartrias ou outras alterações e por fim um teste de visão e marcha. Caso 2 ou mais dos 5 pontos avaliados (face, força de MMSS, fala, visão e marcha) estejam alterados o teste se traduz positivo.(DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013)

Por se tratar de um teste com alta sensibilidade alguns casos especiais devem ser avaliados para confirmar ou excluir o diagnóstico de AVE, porém não sendo possível excluí-lo como causa, o encaminhamento do paciente a um serviço de urgência e a realização de uma TC de crânio se faz necessária. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013)

Figura 1: Esquema FAST



Presença de ≥ 2 = Alerta para AVE

Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva

Nos casos onde o paciente demora mais de 7 dias após o início dos sintomas para procurar o serviço médico ou tratamento, o quadro perde a sua urgência devendo a tomografia de crânio sem contraste ser solicitada ambulatorialmente com posterior encaminhamento ao neurologista para avaliação. Todo paciente com AVE deve passar pelo menos por uma avaliação do neurologista para que o mesmo estabeleça o diagnóstico, podendo o acompanhamento de pacientes sem complicações ser realizado pela equipe da estratégia de saúde da família. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013)

Não é incomum o primeiro atendimento de um paciente com AVE ser realizado em uma unidade de saúde da família, ainda que essas, em sua grande maioria, apresentem estruturas precárias no quesito de suporte de emergência, possuem o necessário para o atendimento inicial desses casos.

Realizada a avaliação primária preconizada pela American Heart Association (AHA) e estabelecida a suspeição diagnóstica um exame neurológico sumário faz-se necessário, contendo principalmente: nível de consciência, déficits motores ou

Figura 2: Encaminhamento do caso agudo de AVE.



Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva

sensitivos e conteúdo da consciência. Sinais de alarme tal qual o rebaixamento do nível de consciência, estão associada a extensas lesões que acometem tronco ou tálamo, enquanto cefaleia intensa, náuseas e êmese estão associadas a HSA.(MARTINS et al., 2009; SAVC, 2021)

A avaliação cardíaca, com ausculta investigando alterações de ritmo ou sopros, pressão arterial (PA), saturação periférica de oxigênio (SpO2) também se fazem essenciais para o paciente. Enquanto tal avaliação é realizada, a equipe deve estar monitorizando o paciente em um monitor ou desfibrilador externo automático (DEA), ofertar oxigênio se SpO2 menor que 92% e confeccionando acesso venoso periférico (AVP) calibroso para garantir uma boa hidratação para o paciente, salvo pacientes cardiopatas ou renais crônicos, que também necessitam de hidratação vigorosa, porém com cautela.(MARTINS et al., 2009; SAVC, 2021)

O controle glicêmico também se faz necessário, devendo evitar hipo ou hiperglicemia, já que uma hipoglicemia em alguns casos pode se apresentar com déficits neurológicos que se confundem com um quadro de AVE. O paciente deve ser

Figura 3: Abordagem do caso agudo.



Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva

mantido em jejum de pelo menos 24hs ou dependendo do quadro até a avaliação de uma fonoaudióloga no serviço hospitalar.(MARTINS et al., 2009; SAVC, 2021)

A PA deve ser rigorosamente monitorizada de forma automática ou manualmente até a remoção do paciente para o serviço de urgência. A hipertensão é normal, esperada e protetora ao tecido neurológico lesionado. Seu controle deve ser realizado somente caso a pressão arterial média (PAM) fique maior que 130 mmHg. Esse controle é preferencialmente realizado com metoprolol ou nitroprussiato, sendo o último geralmente não disponível na rede básica. De toda forma, o principal objetivo do profissional deve ser a remoção o mais rápida possível para um serviço com tomografia disponível para avaliação e abordagem do caso. (MARTINS et al., 2009; SAVC, 2021)

No serviço terciário o paciente irá realizar o tratamento necessário para o caso, seja trombólise, trombectomia ou cirurgia, compensação de distúrbios metabólicos ou glicêmicos que possam existir e definição etiológica do quadro. É ideal que esta investigação seja realizada no serviço terciário com posterior avaliação de um neurologista antes do retorno do paciente ao seu domicílio, pois tal definição é essencial para um bom seguimento do caso. Ademais, em hospitais há maior disponibilidade e facilidade para realização de exames complexos comparado a APS. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; “Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada”, [s.d.]

É preconizado que antes da alta hospitalar e retorno do paciente para o domicílio seja realizado um contato do hospital com a ESF onde o paciente é acompanhado, de forma a otimizar o cuidado, estruturação do domicílio para receber o paciente que apresentar sequelas motoras e solicitação de insumos. É também de suma importância que o paciente retorne com um resumo de alta detalhado com os tratamentos realizados, exames e avaliações de especialistas, para evitar falhas na comunicação ou solicitação de novos exames desnecessários. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; “Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada”, [s.d.]

Caso durante a internação o paciente seja avaliado por um neurologista e a etiologia seja definida, não há necessidade de novo encaminhamento ao especialista, exceto nos casos de AVEi em pacientes mais novos que 45 anos ou com diagnósticos inconclusivos. (SCHUCH et al., 2015)

Figura 4: resumo de encaminhamentos do paciente com AVE.

Encaminhamentos

- Pelo menos 1 consulta com o neurologista para diagnóstico;
- Acompanhamento com neurologista:
 - AVE sem etiologia definida;
 - AVE isquêmico antes dos 45 anos;
- Obstrução carotídea $\geq 70\%$ encaminhamento ao cirurgia vascular.

Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva

A primeira avaliação do paciente após o retorno ao domicílio pode se mostrar como um desafio, por se tratar geralmente de paciente idosos, com múltiplas comorbidades prévias e que tem dificuldade para lidar com a nova realidade que se impõe sobre os mesmos devido aos diversos déficits motores. Portanto é essencial um acompanhamento próximo à família e uma abordagem multidisciplinar por parte da ESF.(DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; “Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada”, [s.d.]

A aplicação de escalas para avaliação dos déficits do paciente é recomendada, de forma a documentar a recuperação motora ou piora que pode significar novos eventos neurológicos que necessitam de abordagem. O Ministério da Saúde recomenda o uso das escalas de Ranking ou Barthel que avaliam a capacidade do indivíduo em realizar atividades da vida diária. O exame físico e neurológico deve também ser realizado sempre que possível com o mesmo objetivo. (“Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada”, [s.d.]

Mais de um quarto dos pacientes com sequela de AVE apresentarão déficit mais graves, que podem requerer cuidados hospitalares domiciliares, isso necessita de diversos materiais como fraldas, equipamentos para alimentação via sonda ou

Figura 5: Escala de Barthel

Escala de Barthel	
Higiene Pessoal	Pontuar cada item de 1 a 5 pontos: 1 - Incapaz de realizar a tarefa; 2 - Requer ajuda substancial; 3- Requer ajuda moderada; 4- Requer mínima ajuda; 5 - Totalmente independente
Banho	
Alimentação	
Toalete	
Subir Escadas	
Vestuário	
Controle Esfinteriano (Bexiga)	
Controle Esfinteriano (Intestino)	
Deambulação / Cadeira de Rodas	
Transferência	

Resultado	
100 pontos	Independente
96 a 76 pontos	Dependência leve
75 a 51 pontos	Dependência moderada
50 a 26 pontos	Dependência severa
< 25 pontos	Dependência total

Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva com base em “Escala Modificada de Barthel”, [s.d.]

gastrostomia, produtos para evitar formação de escaras e cuidado com a pele, cadeiras de rodas e para banho, maca ou cama com colchão adequado, além de cuidadores capacitados. Por mais que o setor terciário auxilie esta família é função da ESF dar seguimento a esse cuidado fazendo as solicitações e capacitações necessárias para que o paciente possa receber o melhor cuidado possível. (BENSENOR et al., 2015; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

É de extrema necessidade que o paciente com sequelas motoras ou de fala inicie o acompanhamento de reabilitação com fonoaudióloga e fisioterapeuta o mais rápido possível, ainda em ambiente hospitalar assim que a condição clínica o permita. Após a alta esse cuidado deve ser continuado de preferência sem interrupções, o que é dificultado devido a alta demanda e baixa oferta desse recurso no SUS. Além do referenciamento aos profissionais o mais breve possível, preferencialmente antes do paciente receber alta hospitalar, a equipe da ESF deve estar capacitada para ensinar a família técnicas básicas para reabilitação motora e oral, incentivando a movimentação dos membros, principalmente aqueles acometidos, assim como a fala do paciente. Vale ressaltar que a alimentação via oral só pode ser liberada após uma

Figura 6: Escala de Rankin

Escala de Rankin	
1	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa
2	Leve deficiência
3	Deficiência moderada
4	Deficiência moderadamente grave
5	Deficiência grave
6	Óbito

Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva com base em “Escala de Avaliação em AVC - Rankin”, [s.d.]

avaliação de uma fonoaudióloga. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009)

O paciente com AVE deve ser também imediatamente avaliado quanto a sua alimentação, se possível, por uma nutricionista, seja ela ainda no serviço intrahospitalar ou no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e esta avaliação realizada novamente a cada três meses. Tal procedimento visa garantir a dieta mais adequada para o paciente, seja ela via sonda, gastrostomia ou oral. Deve ser prescrita uma dieta hiperproteica e hipercalórica de forma a evitar desnutrição e formação de escaras. Recomenda-se seguir a dieta mediterrânea com limitação da ingestão de doces e carnes vermelhas. A forma como a mesma é administrada também é importante já que diversos pacientes podem apresentar dificuldade de deglutir alimentos sólidos com risco de engasgos e broncoaspiração. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

A formação de uma boa rede de apoio é fundamental, com envolvimento de toda equipe em consenso com a família, cuidadores e o paciente. É ideal o diálogo

entre todas as partes com o objetivo de sanar dúvidas, angústias e capacitar os mesmos ao cuidado. O profissional de saúde da família deve estar atento ainda aos riscos de *burn out* e depressão nos cuidadores. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

Para uma boa recuperação do tecido nervoso um controle adequado das doenças de base é imprescindível. A avaliação rotineira e ajuste de hábitos de vida e medicações do paciente deve ser realizado com o objetivo de estabilizar níveis de PA, glicemia, função renal, função respiratória assim como outras doenças de base que possam existir. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018; MARTINS et al., 2009)

A profilaxia secundária com antiagregantes plaquetários deve ser realizada com Clopidogral 75mg uma vez ao dia ou com a associação dipiridamol 100mg e ácido acetil salicílico (AAS) 50mg uma vez ao dia, a segunda escolha geralmente mais viável devido o custo é AAS de 40 a 325mg ao dia (número necessário para tratamento = 217 pessoas / ano). A associação clopidogrel e AAS pode aumentar o risco de sangramento sem muita redução da incidência de AVE não sendo assim recomendada. A profilaxia primária com antiagregantes plaquetários de AVE possui pouca evidência, não sendo indicada, enquanto profilaxia com estatinas está indicada como primária nos pacientes com alto risco cardiovascular (número necessário para tratamento = 238 pessoas / ano) e secundária nos AVE de origem aterotrombótica (número necessário para tratamento = 52 pessoas / ano). (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013)

Os casos de AVEi de origem arritmogênica não reversíveis como a fibrilação atrial (FA) devem receber anticoagulação oral iniciada após 14 dias do evento. Pela sua custo-efetividade a warfarina é recomendada, porém a mesma está associada ao risco de sangramento e AVEh, reações adversas, interações medicamentosas, além da dificuldade de realizar RNI de controle. Neste contexto, os novos anticoagulantes orais se tornam uma opção para pacientes que possuam melhores condições financeiras. (COSTA, 2016; DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

Já nos casos onde há obstrução arterial por placas de ateroma, principalmente as artérias coronárias e vertebrais há a indicação de encaminhamento para o cirurgião vascular quando a obstrução é maior do que 70%, o que pode resultar em eventos isquêmicos. Antes do acontecimento de um evento isquêmico o rastreamento de oclusões nas artérias carótidas não é recomendado, uma vez que mesmo obstruções severas

podem não resultar em lesões isquêmicas devido o bom funcionamento da circulação colateral, sendo assim não é indicada a realização de ausculta carotídea ou doppler de rotina. Caso seja comprovada relação entre uma obstrução severa e lesão isquêmica de SNC a endarterectomia pode ser indicada. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

A profilaxia primária do AVE, sobre tudo o isquêmico é muito realizada principalmente através da administração de AAS para pacientes com alto risco cardiovascular. Porém, novas evidencias demonstram que tal profilaxia não traz benefícios na redução de casos de AVE, aumentando por outro lado número de efeitos adversos como sangramentos gastrointestinais. O uso de estatinas por sua vez, é indicado para pacientes com risco cardiovascular elevado, desde que não existam contraindicações e boa tolerância ao tratamento. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

Muitos pacientes cursam com inicio de quadros epiléticos após o AVE, sendo a assim a profilaxia de tais crises deve ser realizada. Não é indicado a prescrição de anticonvulsivantes desde o AVE sem nenhuma manifestação epilética. A vigilância neurológica deve ser intensa e os familiares bem instruídos sobre a possibilidade de episódios de mioclonias e onde buscar ajuda. Após o primeiro episódio as medicações podem ser iniciadas e ter suas doses ajustadas de acordo com a frequência e intensidade das crises. Após 2 anos sem crises, as doses podem ser reduzidas até que ocorra o desmame.(DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

Além dos tratamentos inerentes a patologia e a reabilitação o gestor do cuidado, no caso o médico da família, deve estar atendo a diversas outras situações que costumam ocorrer em pacientes pós-AVE. A função vesical e intestinal deve ser avaliada, algumas lesões neurológicas podem cursar com retenção ou incontinência urinária e necessitam de cateterismo vesical intermitente ou medicações que auxiliem o paciente. De acordo com o grau de sequela neurológica, um paciente previamente hígido pode agora encontrar-se restrito ao leito, aumento assim o risco de lesões por pressão e trombose venosa profunda (TVP), devendo os cuidadores serem orientados sobre a rotação de decúbito, movimentação passiva ou ativa do paciente e se necessário a prescrição de AAS ou anti-coagulantes profiláticos. Por outro lado, paciente com sequelas motoras mais leves, que ainda são capazes de deambular necessitam ter o ambiente domiciliar ajustado de forma a reduzir os riscos de quedas.

Estudam mostram que após um AVE há um aumento significativo no diagnóstico de depressão, devendo a equipe estar atenta a estes sinais e trata-la quando necessário. A dor crônica neurológica também ocorre e deve ser diagnosticada e tratada, haja visto que reduz significativamente a qualidade de vida do paciente, medicações como anticonvulsivantes ou antidepressivos podem ser utilizadas, tais como carbamazepina, venlafaxina entre outros. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

Como equipes de saúde da família é também imprescindível o cuidado dos outros moradores do domicílio e dos cuidadores do paciente. O risco de depressão, ansiedade, lesões musculares por esforço aumenta nos cuidadores, ainda mais quando apenas um membro da equipe se responsabiliza pelo cuidado ficando sobrecarregado. O acompanhamento integral e longitudinal deve garantir o acolhimento de todo o núcleo familiar e garantia de uma boa rede de apoio a todos. Dispositivos como ecomapa, genograma, reuniões familiares, podem ser lançados com o objetivo de diagnosticar e articular melhor o cuidado do paciente e o bem-estar de todo o domicílio. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2013; GUSSO; LOPES; DIAS, 2018)

Figura 7: Esquematização da abordagem do paciente com AVE na ESF

Abordagem na ESF

- Solicitação de materiais e equipamentos;
- Encaminhamento a fisioterapia e fonoterapia;
- Acompanhamento nutricional;
- Profilaxia secundária;
- Dor crônica;
- Depressão;
- Abordagem familiar/ cuidador;
- Quedas;
- Controle de doenças crônicas;
- Função vesical e intestinal;
- Risco de TVP.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados apresentados e na atual situação em que se encontra o serviço de assistência, algumas medidas podem ser tomadas de forma a melhorar a o atendimento inicial e o acompanhamento dos pacientes.

No tratamento da fase aguda do AVE o tempo é fundamental, já que a perda neuronal necessita ser revertida o quanto antes afim de reduzir as sequelas. Nesse contexto, o diagnóstico não pode ser adiado, daí a importância de ferramentas que auxiliem o diagnóstico, sejam fáceis de memorizar e possam ser rapidamente aplicadas como o esquema FAST. A incorporação de tal esquema no acesso primário como Unidades De Pronto Atendimento (UPA) e ESF podem ser incentivadas por gestores através de informes. A sua aplicação na solicitação de transferência aos serviços terciários ainda auxilia em retirar o viés do examinador e traz mais objetividade a avaliação, permitindo uma regulação do paciente e transferência a serviços com tomografia de forma mais eficaz.

Realizado o diagnóstico ou alta suspeição de um quadro de AVE medidas iniciais também precisam ser inicialmente tomadas, a fim também reduzir mortalidade e morbidade. É necessário o total controle dos sintomas e sinais vitais do paciente, esteja ele em uma unidade sem muita estrutura para emergência como a ESF ou em uma UTI. Atualmente segundo a COORDENADORIA DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA, 2020 Campo Grande conta com 71 unidade de atenção primária, que geralmente não possuem profissionais treinados para lidar com contextos de emergências e pacientes graves devido a pouca prática. O processo de educação continuada de toda a equipe é essencial, assim como a aplicação de escalas e infográficos como o apresentado na figura 4.

A rápida remoção do paciente precisa ser garantida, principalmente nos casos de emergência onde o Δt é menor de 4 horas e 30 minutos, sendo assim desde o estabelecimento do diagnóstico a equipe deve promover uma remoção para serviço com tomografia o mais rápido possível. É necessário um serviço de transporte de pacientes adequado e ágil, o serviço de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) apesar da boa estrutura é focado para realização de atendimentos primários onde não há equipe de saúde presente. Incumbir a eles também o transporte de pacientes entre serviços de saúde torna o sistema sobrecarregado e dificulta o acesso do paciente no tempo necessário. A superlotação dos hospitais ainda torna a logística

do manejo difícil, o que acaba por resultar em longas esperas e podem levar a perda de uma possível janela de trombólise.

Uma possível solução é a contratação de serviços de exame de imagem para realização de TC de crânio retornando o paciente ao serviço de pronto atendimento para se necessário a realização da trombólise no tempo hábil, não necessitando assim da cessão de uma vaga em hospital terciário. Para que isso ocorra, além da logística do transporte também se faz essencial a capacitação, especialização e valorização de profissionais formados e habilitados para manejo de pacientes graves na sala vermelha das UPA do município. Medidas como as até aqui citadas variam em grau de complexidade e custo, porém o impacto na redução de sequelas, morbidade, mortalidade do paciente acometido com AVE é compensada pela redução dos custos em internações prolongadas e novos gastos no sistema terciário para o sistema de saúde.

Após o quadro agudo a outra janela de tempo é a da reabilitação, primordial para a melhora da qualidade de vida do paciente e redução de complicações. A fisioterapia motora precoce melhora a força muscular, auxilia na deambulação reduzindo assim chances de tromboembolias pulmonares, quedas e diversas outras patologias. Ela deve ser iniciada no hospital e mantida após a alta. Assim como a fonoterapia, que quando necessária, reduz de forma expressiva o risco de broncoaspirações e pneumonias. É essencial garantir um bom fluxo regulatório para esses serviços, a contratação de profissionais necessários seja em polos especializados ou em NASF também deve ser valorizada.

No primeiro ano após o evento deve-se garantir terapias de reabilitação rotineiras para os pacientes, mesmo quando ele se encontra acamado. Daí a importância de um NASF bem capacitado onde os profissionais podem realiza-las no domicílio de pacientes restritos ou na unidade próxima da sua casa, reduzindo assim as dificuldades de grande parte das famílias que não possuem estrutura para o transporte complexo, como de um paciente acamado. O NASF pode ainda capacitar os demais funcionários para dar apoio, principalmente o ACS, e instruir os familiares sempre que possível. Para pacientes fora de áreas de influencia de ESF se faz necessária a atuação do serviço de atendimento domiciliar (SAD) que também deve estar bem preparado com uma equipe multidisciplinar pronta para atender as demandas dos mesmos.

Para redução das filas de espera de fisioterapia e fonoterapia em serviços especializados, é preciso uma análise criteriosa da solicitação. Pacientes acamados e restritos ao leito devem preferencialmente realiza-las no domicílio acompanhados pela ESF e NASF ou SAD, os demais pacientes quando tecnicamente possível e não restritos ao domicílio também. Já pacientes que necessitem de fisioterapia especializada ou de equipamentos não disponíveis na ESF devem ser referenciados. Estes como são minoria devem ser capazes de ser absorvidos pelo serviço prontamente.

Figura 8: Esquematização de de encaminhamentos de reabilitação

Encaminhamentos de Reabilitação

- Acompanhamento por NASF ou SAD
 - Pacientes restritos ao leito e domiciliados
 - Pacientes não restritos que não precisam de serviços ou equipamentos especializados e não disponíveis na APS.
- Encaminhamento ambulatorial a serviço especializado
 - Pacientes que necessitem de serviço especializado e possam como se deslocar até o mesmo.

Fonte: esquema realizado pelo autor em Canva

Da mesma forma o uso de ambulatórios especializados em neurologia deve também ser reservados para pacientes que necessitam, conforme mostra a figura 3, os demais devem ter seu diagnóstico e investigação etiológica firmados pelo especialista e o restante da abordagem pelo médico e equipe da ESF. Sendo novamente referenciados caso haja necessidade de outras intervenções. O médico da família e comunidade é capacitado para abordar o paciente com AVE mesmo com complicações como epilepsia, fibrilação atrial, trombose arterial ou outras. Não há necessidade de um acompanhamento de rotina com médico especialista, isto só onera o sistema, aumenta a fila de espera e reduz o acesso para pacientes que realmente precisem do serviço. Novos fluxos regulatórios devem então ser estabelecidos com o objetivo de reduzir tais problemas.

Como já disse STARFIELD, 1994 é função da atenção primária servir de filtro para o restante do sistema público de saúde, evitando assim sua superlotação. Para isso é necessário o fortalecimento da APS, com profissionais especializados em

medicina da família, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos, odontólogos e assistentes de saúde bucal. Segundo DUNCAN; et al, 2013 em uma equipe com 4.500 pessoas estima-se que cerca de 100 irão necessitar de acompanhamento por conta de sequela de AVE, seja mensal ou semestral. Em geral são paciente com múltiplas comorbidades e complexos que necessitam de uma abordagem global, sendo o médico da família o especialista essencial para realiza-la. Este que é capacitado para a abordagem centrada na pessoa, promove um atendimento multidisciplinar e é capacitado para prescrever profilaxias secundárias, tratar a epilepsia, assim como as diversas outras complicações possíveis já citadas.

Para que esses profissionais possam exercer suas atividades de forma integral, é preciso uma unidade bem estruturada, que realize todos exames necessários de forma eficaz. Principalmente no acompanhamento do uso de anticoagulantes em pacientes com fibrilação atrial, o coagulograma é necessário e precisa ser realizado semanalmente em alguns casos e deve possuir um agendamento e resultado rápidos. Também é crucial a disponibilização de exames como TC de crânio, ecocardiograma e doppler de carótidas para solicitação por parte de profissionais da atenção primária, sem a necessidade de encaminhamento a especialista. O financiamento de tais exames acaba por reduzir os custos para o SUS uma vez que o paciente deixa de necessitar um acompanhamento em hospital terciário apenas para realizar exames de forma mais rápida.

A ESF também é preparada para realização de visitas domiciliares no paciente acamado e com dificuldade de acesso aos serviços terciários. A grande parte dos pacientes, por conta da gravidade, necessitam de um acompanhamento mensal e conjunto de médico e enfermeiro, assim como visitas frequentes do agente de saúde (ACS). Para isso, medidas como planilhas compartilhadas entre profissionais podem ser estabelecidas e auxiliam no controle de datas, retornos, programação e condutas tomadas com esses.

É indispensável uma abordagem mais criteriosa dos pacientes com AVE na cidade de Campo Grande. Com base nesta revisão podemos analisar que existem ainda várias medidas que podem ser tomadas a fim de melhorar o fluxo de serviço nas unidades de atenção primária, urgência, terciárias e o posterior encaminhamento ao serviço ambulatorial. Análise de dados epidemiológicos como: número de pacientes acometidos, tempo de sobrevivência, capacidade funcional e tempo de espera

para atendimento ambulatorial e de reabilitação devem ser posteriormente realizados a fim de elencar precisamente os déficits presentes no sistema e como corrigi-los.

CONCLUSÕES

Apesar da desvalorização crônica, a APS continua como a base do sistema de saúde, capaz de lidar com diversas patologias e realizar um excelente acompanhamento nos pacientes com AVE. Uma ESF fortalecida, com núcleo NASF atuante com um bom acesso a serviços e ambulatorios, quando necessário, pode modificar de forma significativa a evolução de patologias extremamente graves como é o caso do AVE, e com o tempo até mesmo reinstaurar o indivíduo de forma ativa na sociedade com uma significativa melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BENSENOR, I. M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746–750, set. 2015.

COORDENADORIA DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA, C. G., MS. **Carteira de Serviços Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde Campo Grande-MS**, 2020. Disponível em: <https://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/docs/documentos/CARTEIRA_DE_SERVICOS.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2022

COSTA, E. DE A. **Apixabana, rivoraxabana e dabigratana em pacientes com fibrilação atrial não valvar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, fev. 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatrio_Anticoagulantes_final.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências (4a. ed.)**. [s.l.] Grupo A - Artmed, 2013.

Escala Modificada de Barthel. , [s.d.]. Disponível em: <<https://www.acaoavc.org.br/assets/arquivos/indice-de-barthel.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2022

Escalas de Avaliação em AVC - Rankin. Disponível em: <<https://www.acaoavc.org.br/profissionais-de-saude/escalas-de-avaliacao-em-avc/escalas-de-avaliacao-em-avc-rankin>>. Acesso em: 2 fev. 2022.

Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117–171, 10 jan. 2015.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Segunda ed. Porto Alegre – RS: Artmed, 2018.

HARZHEIM, E. et al. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2354, 24 abr. 2020.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família em Diamantina, MG. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 34–39, mar. 2009.

Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. p. 54, [s.d.].

MARTINS, M. DE A. et al. **Clínica médica**. Barueri, SP: Manole, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z. **Rouquayrol: epidemiologia & saúde**. 8. ed. [s.l: s.n.].

SAVC - Suporte avançado de vida cardiovascular Manual do Profissional. 20–2212. ed. Mesquite, Texas, USA: AHA, 2021.

SCHUCH, A. F. S. et al. **Protocolos de encaminhamento para neurologia adulto**. Porto Alegre – RS: TelessaúdeRS/UFRGS 2015, 9 jul. 2015.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, out. 1994.

WRITING GROUP MEMBERS et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2012 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 125, n. 1, jan. 2012.