

## **Primeiro atendimento ao idoso com suspeita de acidente vascular encefálico**

First call the elderly with suspected vascular encephalic accident  
 Primero de cuidado de ancianos com sospecha de acidente vascular encefálico

Mahiara Baraúna Bacelar Bispo\*, Maria Olívia Sobral Fraga de Medeiros\*\*

\*Graduanda. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), \*\*Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica. Docente da EBMSP.

### **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo analisar o Primeiro Atendimento de Enfermagem ao Paciente Idoso em Quadro de Suspeita de Acidente Vascular Encefálico - AVE. Como Objetivos Específicos Identificar os principais sinais e sintomas do AVE no idoso e Discutir a Assistência de Enfermagem ao paciente idoso em quadro de AVE na Emergência. O AVE constitui-se de uma emergência médica e os pacientes devem ser priorizados no atendimento. Diante disso, o Acolhimento e Classificação de Risco – ACCR é privativo do Enfermeiro, sendo que este acolhe, prioriza e encaminha para o atendimento imediato. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com a proposta de atender ao objetivo da pesquisa. A pesquisa é feita através da análise da revisão de literatura da atenção imediata da Enfermagem aos Pacientes Idosos com Suspeita de AVE em Serviços de Emergência, com coleta de dados dos artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, entre os anos de 2010-2014, nas bases de dados SCIELO, LILACS e MEDLINE, livros acadêmicos que abordem o tema proposto, disponíveis na íntegra, em formato eletrônico, como manuais e protocolos e incluindo-se os sites de Neurologia, utilizou-se o DATASUS. Foram encontradas 102 publicações, sendo selecionados 34 artigos, destes, foram incluídos 24 artigos. Do material selecionado para análise, emergiu três categorias analíticas: Sintomatologia do AVE no Idoso e Assistência de Enfermagem ao Paciente Idoso em Quadro de AVE. Discute-se a abordagem holística do profissional de enfermagem ao cuidado referente ao idoso. Conclui-se que o AVE acontece de forma súbita e, é fundamental que o Enfermeiro seja capacitado e que reconheça as principais sintomatologias que acometem o idoso com AVE.

**Descritores:** Idoso, Enfermagem, Acidente Vascular Encefálico

### **ABSTRACT**

The present study has the object of analyzing initial nursing assistance to elderly patients with suspected cerebrovascular accident (CVA). As Specific Objectives To identify the main signs and symptoms of stroke in the elderly and discuss the nursing care of elderly patient AVE frame in Emergency. CVA is a medical emergency and these patients must have priority in attendance. In view of this fact, the Embracement with Risk Classification is particular to the nurse, who receives, prioritizes and refers the patience for immediate attendance. An exploratory descriptive research, with the purpose of complying with the object of the research. The research was performed through analysis of literature review on initial nursing assistance to elderly patients with suspected CVA in emergency services, with the collection of information from articles published in the Portuguese and English languages, between 2010 and 2014, at the SCIELO, LILACS and MEDLINE databases, academic books dealing with the proposed theme, available in their entirety, in electronic formats, such as manuals and protocols and including the Neurology sites, using DATASUS. They found 102 publications identified, of which 34 were selected, from which 24 articles were included. Out of the material selected for analysis, three analytical categories emerged: Symptomology of the CVA in the Elderly and Nursing Care of the Elderly with CVA. The holistic approach of the nursing professional in relation to the care of the elderly is discussed. It was concluded that the occurrence of CVA is sudden and it is fundamental that the nurse is qualified and recognizes the main symptomologies that affect the elderly with CVA.

**Descriptors:** Elderly, Nursing, Cerebrovascular Accident

### **RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo analizar el Primer Atendimento de Enfermería al Paciente Anciano en Cuadro de Sospecha de Accidente Vascular Encefálico - AVE. El AVE se constituye en una emergencia médica, y los pacientes debe ser priorizados en el atendimento. Frente a esto, el Acogimiento con Clasificación de Riesgos (ACCR) es privativo del Enfermero, siendo que él lo acoge, prioriza y encamina para atención inmediata. Se trata de una pesquisa exploratoria y descritiva, con la propuesta de atender al objeto de la pesquisa. La pesquisa es realizada a través del análisis de la revisión

de literatura de la atención inmediata de Enfermería a los Pacientes Ancianos con Sospecha de AVE en Servicios de Emergencia, con colecta de datos de los artículos publicados en portugués y en inglés, entre los años de 2010-2014, en las bases de datos SCIELO, LILACS y MEDLINE, libros académicos que aborden el tema propuesto, disponibles en la íntera, en formato electrónico, como manuales y protocolos e incluyendo los sitios de Neurología, se utilizó el DATASUS. Fueron encontradas 102 publicaciones, siendo seleccionados 34 artículos, de estos, fueron incluidos 24 artículos. Del material seleccionado para análisis, emergieron tres categorías analíticas: Sintomatología del AVE en el Anciano y Asistencia de Enfermería al Paciente Anciano en Cuadro de AVE. Se discute el abordaje holístico del profesional de enfermería al cuidado referente al anciano. Se concluye que el AVE ocurre de forma súbita y, es fundamental que el Enfermero sea capacitado y que reconozca las principales sintomatologías que acometen el anciano con AVE.

**Descriptor:** Anciano, Enfermería, Accidente Vascular Encefálico

## INTRODUÇÃO

No Brasil, projeta-se que a proporção do número de idosos chegue em 2020, 45,09 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade; em 2025, 59,32 milhões de pessoas e em 2030, 76,39 milhões de pessoas, alcançando em 10 anos o patamar de sexta maior população mundial de idosos. Na Bahia, a proporção no ano de 2020, 38,47 milhões de pessoas, em 2025, 50,51 milhões de pessoas e no ano de 2030, chegue a 65,33 milhões de pessoas <sup>(1,2,3)</sup>.

Nas últimas seis décadas, a população brasileira com mais de 60 anos vem aumentando consideravelmente. Dentre as transformações ocorridas ao decorrer do século XX, destacam-se mudança do perfil de morbimortalidade da população tendo efeito no crescimento de pessoas idosas, tendo em especial, os que se encontram na faixa etária dos 80 anos de idade. Em 2050, este grupo etário corresponderá a 19% da população brasileira <sup>(4)</sup>.

Essa transição demográfica indica a necessidade de urgência dos gestores e políticos brasileiros em conjunto com a sociedade, em um curto espaço de tempo, entrarem em discussão quanto às políticas públicas de atenção ao idoso. Ressalta-se a criação em 4 de janeiro de 1994, Da Lei nº 8.842, que dispõe a Política Nacional do Idoso, criando-se o Conselho Nacional do Idoso. Objetivou assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade <sup>(5, 6)</sup>.

No contexto da Geriatria, discute-se as doenças cerebrovasculares assumindo maior relevância devido a importância na relação entre idade e incidência no AVE. Já que se sabe que há um aumento significativo na sua incidência a partir da sexta década de vida, contudo, dobra a incidência a cada nova década. Portanto, a elevação da expectativa de vida praticamente em todos os países no mundo, e, notando-se, no Brasil, compreendendo e manejando a correção das doenças cerebrovasculares ganham a importância nos aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos <sup>(7)</sup>.

Incidente, duplica-se a cada década após os 55 anos, mas, cerca de  $\frac{3}{4}$  de todos os AVE's ocorrem após os 65 anos, atingindo 19% nos homens do que em mulheres. Estes números são

fortemente influenciados pela elevada idade, acendendo as taxas de morbimortalidade decorrentes desta patologia <sup>(8)</sup>.

As doenças cerebrovasculares ocupam a posição de segundo lugar, logo atrás das doenças cardiovasculares, no alto índice de doenças que acometem vítimas com óbitos no mundo, sendo mantidos, segundo os estudos até o ano de 2030, nesta devida posição <sup>(9)</sup>.

As Doenças Cerebrovasculares (CBV) são constituídas de disfunções cerebrais relacionadas ao fornecimento de sangue e oxigênio. Designam anormalidades no encéfalo, em decorrência de alterações vasculares. Essas alterações podem ocorrer devido a uma obstrução de vaso, causando impedimento na perfusão sanguínea, levando à isquemia, eventualmente no infarto cerebral, chamado de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi); ou ocorrência na ruptura do vaso, causando hemorragia intracraniana, chamado de Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh) <sup>(10)</sup>.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) possui uma alta morbimortalidade, com uma projeção para 2015 e 2030 de 6,3 milhões e 7,8 milhões de indivíduos acometidos, sendo necessário a brevidade em intervenções <sup>(11,12)</sup>. É uma emergência médica e atrasos no princípio de medidas terapêuticas podem determinar prejuízo no prognóstico funcional desses pacientes. É relevante que tais pacientes tenham prioridade no atendimento inicial <sup>(13,14,15,16)</sup>.

Segundo Garlet, Lima, Santos, Marques <sup>(17)</sup> unidades hospitalares de atendimento às urgências e emergências compõem a rede hospitalar do sistema de atenção, estabelecido pela Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU. Tem por finalidade o trabalho das equipes de saúde no atendimento aos pacientes que adentram nos serviços em estado grave, acolher casos não urgentes e proceder na ordenação a serviços ambulatoriais básicos ou especializados, existentes na rede de atenção à saúde.

Considerada uma das estratégias prioritárias da Rede de Atenção às Urgências e Emergências a qualificação das portas hospitalares da urgência e emergência e da emergência. É neste setor que o Enfermeiro, sendo o primeiro profissional da equipe de saúde, acolhe e avalia através da história pregressa, fazendo com que cada paciente tenha prioridade na assistência médica, através da Classificação de Risco <sup>(9,19)</sup>.

Para Cruz <sup>(20)</sup>, a habilidade na abordagem da avaliação ao paciente neurológico crítico, estabelece um diagnóstico preciso e tratamento na eficácia das condições implícitas requerendo uma equipe de enfermagem qualificada e atuante, assim, alcançando o resultado esperado.

Diante de tal cenário este estudo foi realizado através da análise de literatura acerca da atenção imediata da Enfermagem aos Pacientes Idosos com Suspeita de Acidente Vascular Encefálico – AVE em Serviços de Emergência. Como Objetivos Específicos Identificar os principais sinais e sintomas do AVE no idoso e Discutir a Assistência de Enfermagem ao paciente idoso em quadro de AVE na Emergência.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com a proposta de atender ao objetivo da pesquisa. A pesquisa é feita através da análise da revisão de literatura da atenção imediata da Enfermagem aos Pacientes Idosos com Suspeita de Acidente Vascular Encefálico – AVE em Serviços de Emergência.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já preparado, constituído por livros, artigos científicos, revistas ou publicações de cunho acadêmico, científico ou da área profissional do pesquisador, possibilitando ao investigador uma cobertura ampla de fenômenos que poderia pesquisar diretamente. A pesquisa não se refere a reiteração do que já fora publicado, podendo assim, possibilitar outra perspectiva sobre o mesmo assunto, mas com novas considerações finais <sup>(21,22,23)</sup>.

Para elaboração da revisão de literatura exploratória e descritiva, foram percorridas as seguintes fases: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação da questão norteadora, busca das fontes, leitura dos materiais, fichamento, organização por assunto e formulação lógica do texto.

Para desencadear a busca bibliográfica e chegar ao tema proposto, segundo a literatura científica, delimitou-se a questão norteadora: Como se caracteriza o Primeiro Atendimento de Enfermagem ao Paciente Idoso em uma Unidade de Emergência em Quadro de Suspeita de Acidente Vascular Encefálico.

Para fornecer a seleção de artigos utilizou-se a terminologia padronizada dos Descritores em Ciência da Saúde (DECS). Os descritores utilizados foram “Idoso”, “Envelhecimento”, “Enfermagem”, “Cuidados de Enfermagem”, “Acidente Vascular Cerebral”, “Fisiopatologia” “Serviço Médico de Emergência”, “Triagem”, “Urgência” e “Emergência”.

Os critérios de inclusão das produções científicas foram: publicações nos últimos cinco anos (2010-2014) nos idiomas português e inglês, artigos originais, relacionando-se com o tema desta pesquisa, estar disponível gratuitamente e completo na íntegra, em formato eletrônico.

Por se tratar de uma revisão de literatura, o rastreamento dos artigos foram coletados a partir das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, da Biblioteca Científica Eletrônica Online – SciELO, base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe – LILACS e base de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica – MEDLINE, além de livros acadêmicos que abordem o tema proposto, sendo utilizados Tratados de Geriatria e Gerontologia; Enfermagem Gerontogeriatrica; Livro de Bolso de Geriatria; Tratado Médico-Cirúrgico; Manual de Urgências em Pronto Socorro, disponíveis na biblioteca da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Protocolos do Ministério da Saúde, Acolhimento e Classificação de Risco, disponível eletronicamente e inclui-se os sites

de Neurologia, ABNeuro, disponível eletronicamente, utilizou-se o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Os procedimentos para organização dos dados foram feitos através de confrontos entre os autores em relação a conformidades e/ou discordâncias. Foram utilizados programas para composição do projeto, Microsoft Office 2013 Excel e Word, além do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, conjunto com o programa TABNET, que fornece as Informações de Saúde, juntamente com o download do programa TABWIN para tabulação de dados.

Foram analisados os textos de forma seletiva e analítica, a fim de responder a questão de pesquisa levantada. Na pesquisa bibliográfica através dos descritores supracitados, foram encontradas 102 publicações, sendo selecionados 34 artigos, através da leitura dos títulos e dos resumos, que mais se aproximavam da temática proposta no estudo. Após a leitura na íntegra do material bibliográfico, foram analisados 24 artigos. O período do estudo teve duração de 09 meses, com início no mês de Setembro e finalização no mês de Maio do ano de 2015.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **FISIOPATOLOGIA DO ENVELHECIMENTO CEREBRAL NO INDIVÍDUO IDOSO**

O Acidente Vascular Encefálico – AVE, também reconhecido como derrame, uma das principais causas de óbitos em idosos, devido a interrupção do suprimento sanguíneo no cérebro<sup>(24)</sup>. Define-se como um déficit neurológico, frequentemente focal, de instalação súbita ou com rápida evolução, sem outra causa aparente que não a vascular, tendo duração maior que 24 horas (ou menor, mas levando a óbito). Conceitua-se, abrangência de causas vasculares não somente aspectos estruturais do vaso, como também, como próprio fluxo sanguíneo e sistema de coagulação<sup>(13)</sup>.

Tem como fatores de risco: Fatores não-modificáveis: idade, sexo, história familiar, fatores genéticos; Fatores modificáveis: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, doenças cardíacas, tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, Acidente Isquêmico Transitório (AIT), coagulopatias<sup>(24)</sup>.

As prevalências de tais fatores são: aterotrombose, fontes embolígenas, inflamações e hemorragias. Relaciona-se como: hipertensão arterial sistêmica (principal fator de risco; aproximadamente 70% de AVE estão correlacionados a HAS); cardiopatia (principais: fibrilação atrial e válvula substituída); diabetes *mellitus*; tabagismo; dislipidemia; síndrome metabólica; discrasia sanguínea; etilismo excessivo; hiper-homocisteinemia; deficiência da proteína C ou seu cofator, proteína S; síndrome do anticorpo antifosfolípide; drogas ilícitas;

obesidade abdominal; sedentarismo; estresse; hipotireoidismo; iatrogenia medicamentosa; infecções (sífilis, fungos, bactérias, vírus, micobactérias); procedimentos e intervenções arteriais<sup>(25,26)</sup>.

A Hipoperfusão Cerebral Crônica (HCC) é uma condição patológica capaz de causar déficits cognitivos vasculares. Normalmente a unidade neurovascular impede que a perfusão cerebral reduza abaixo dos seus valores críticos. Um importante fator que provoca redução do fluxo sanguíneo cerebral é o envelhecimento. Estima-se que aos 65 anos, o cérebro perca 20% do fluxo sanguíneo que se tinha aos 20 anos. Além disso, há a redução do débito cardíaco e aumento da incidência de aterosclerose, hipertensão arterial sistêmica dentre outros, o que venha prejudicar mais o FSC adequado<sup>(27)</sup>.

Há caminhos de auto-regulação, que venham a manter o FSC constante, independentemente das variações da PA média e da Pressão Intracraniana (PIC), mas variações intensas dos parâmetros não conseguem ser compensadas. Em pacientes idosos, o FSC já está reduzido, devido à perda neuronal ou a redução de reserva hemodinâmica. Como também, a auto-regulação cerebral já está alterada, predominando menor tolerância a variações da pressão de perfusão<sup>(7)</sup>.

Para Silva<sup>(28)</sup>, dados publicados em 2002 para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), eram responsáveis por 58,5% de todas as mortes e por 45,9% deste total de doenças ocorridas no mundo, sendo integrado como grave complicação à saúde pública, seja em países desenvolvidos, quanto em processo de desenvolvimento. Dados de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas vieram a óbito, no mundo, devido as doenças crônicas. Já em 2007, 72% dos óbitos em ocorrência no Brasil, foram causadoras por DCNT.

No Brasil, apesar de declínio em taxas de mortalidade, ainda apresenta-se como principal causa de óbitos. Incidência de AVE dobra a toda década após a idade de 55 anos, empregando posição em destaque entre a população idosa. O predomínio mundial na população geral estima-se em 0,5% a 0,7%. Índice elevado de mortalidade, maioria dos sobreviventes apresentam sequelas com limitações motoras (atividade física) e intelectual, com isto, adquire-se elevado custo social. Esses dados remetem-se ao ponto de vista de grande impacto que reflete na população. No ano de 1999, o número de óbitos por AVE em todo mundo em torno de 5,54 milhões, sendo  $\frac{2}{3}$  desses óbitos tido ocorrido em países pouco desenvolvidos. Sem intervenções, o número de óbitos por AVE elevará para 6,3 milhões em 2015 e 7,8 milhões em 2030<sup>(11)</sup>.

Dados do MS<sup>(29)</sup>, tabulados do DATASUS indicam o Número de Internações por Ano de atendimento segundo Região por caráter de Urgência segundo os Regimes Público e Privado segundo a Lista de Morbidade CID-10 por Acidente vascular cerebral não específico hemorrágico ou isquêmico por faixa etária de 60 anos a 80 anos + por sexo masculino no período de 2010 a 2014, mostra as regiões Sudeste no ano de 2010 prevaleceu 19.070

internações, chegando a 2013 com 20.787 internações, mantendo-se com índice elevado no ano de 2014, com 20.117 internações, tendo um acréscimo em 2013 com 3.164 internações e declínio em 2014 com 2.883 internações.

Entretanto, o sexo feminino manteve-se conjunto ao sexo masculino a região Sudeste, onde, no ano de 2010 obteve 18.346 internações e tendo aumento em 2012 com 19.679 internações, apenas sendo reduzido em 2014 com 19.037. Mas, na região Norte, no ano de 2010 prevaleceu 2.083 internações, chegando a 2.619 no ano de 2013, mas houve redução no ano de 2014 com 2.468 internações <sup>(29)</sup>.

Na Bahia, para o sexo masculino, houveram em 2010, 3.154 internações, tendo um aumento em 2012 com 3.791 internações, mas chegando em 2014 reduziu para 3.448 internações. Já no sexo feminino, em 2010 houve 3.317 internações, mas houve aumento em 2012 para 4.072 internações. Para Salvador, segundo o sexo masculino, houve aumento desde o ano de 2010 com 291 internações, chegando a 645 internações no ano de 2014. Entretanto, o sexo feminino também obteve aumento desde o ano de 2010 com 329 internações, chegando a 783 internações no ano de 2014 <sup>(29)</sup>.

A busca por serviços de urgência tem-se elevado nas últimas décadas mundialmente, levando, a cerca, modificação da organização assistencial. Ressalta-se a importância de atendimentos em caráter emergencial realizado em Salvador, por ambos sexos, onde, dados relatam, no ano de 2010 houve 620 internações, chegando ao elevado no período de 2014 com 1.428 internações pelo regime público/privado segundo a faixa etária de 60 anos a 80 anos +.

A elaboração de sistemas de Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR para identificação de prioridades clínicas estabelece dispositivo consistente em uma diretriz operacional fazendo com que unifique ações a cada paciente que aguarda atendimento emergencial ou não, visando a facilidade e igualdade de acesso a assistência médica <sup>(30,31)</sup>.

## **RESULTADOS**

A análise da produção científica estudada elucidaram duas categorias de análise, a saber: Sintomatologia do AVE no Idoso e Assistência de Enfermagem ao Paciente Idoso em Quadro de AVE, discutidas a seguir:

### **SINTOMATOLOGIA DO AVE NO IDOSO**

Na facilidade da priorização da gravidade no atendimento, pode-se dividir a investigação tanto na apresentação clínica (forma como o indivíduo apresenta a sintomatologia, podendo ser aguda, evolutiva ou transitória), e, na sintomatologia:

- Forma aguda: sintomatologia de forma abrupta, e mantém-se em quadro inicial, sem evolução das alterações.
- Forma evolutiva: perda de função em modo progressivo, em que completasse em questão de horas ou podendo-se progredir em até 24 horas em território carotídeo e 72 horas em território vertebrobasilar.
- Forma transitória: sintomas neurológicos deficitários, instalando-se de modo agudo e permanecendo-se em período inferior a 24 horas <sup>(29)</sup>.

O AVE deve ser suspeitado em casos em que ocorra déficit neurológico, particularmente focal, de instalação súbita ou de rápida progressão (de minutos a horas). Apresentação clínica depende da região cerebral comprometida. O tempo de evolução do déficit neurológico é uma informação fundamental em caso de algumas decisões terapêuticas. Um exame físico detalhado é necessário: estado de hidratação, oxigenação, frequência, ritmo e ausculta cardíaca e frequência respiratória. O nível de consciência deve ser observado e periodicamente reavaliado. Caso ocorra diminuição, pode, além de hemorragias, sugerir infartos hemisféricos extensos ou de tronco encefálico, sinalizando medidas de suporte, como intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas. Mensuração periódica da Pressão Arterial (PA); assim como o exame de fundo de olho que deve ser sempre feito <sup>(33)</sup>.

A sintomatologia clínica do AVE incluem: cefaleia intensa e súbita acompanhada de vômitos e vertigens; dor e rigidez no pescoço (rigidez de nuca) e dor na coluna (lombalgia) devido à irritação meníngea; distúrbios visuais (perda visual, ptose, diplopia); alterações em fala e linguagem (afasia, disartria, apraxia da fala); transtornos posturais e marcha (apraxia motora); tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação; dormência ou fraqueza da face, braço ou perna; distúrbio do sistema sensitivo e motor (hemiparesia, paresia, hemiparesia e hemiplegia); confusão mental ou alteração do estado mental (humor, percepção, cognição, orientação); capacidade de planejamento quanto as atividades diárias (negligência); incontinência urinária (urgência); delirium; delírio; podendo ocorrer zumbidos e eventualmente, convulsões, e, devido à redução do nível de consciência, às vezes pode-se agravar ao coma. Sendo mais prevalentes em idosos: déficit motor e rebaixamento do nível de consciência <sup>(13,32,33,34,35,36,37)</sup>.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO EM QUADRO DE AVE**

A Enfermagem Gerontológica busca a promoção e manutenção da autonomia (cognição e humor) e independência (mobilidade e comunicação) pela presença ou ausência de doença crônica direcionada a toda população, possibilitando que o indivíduo cuide de si e de sua vida.



O olhar diferenciado do envelhecimento sob a ótica gerontológica favorece o entendimento da queda da homeostase do corpo envelhecido e, contudo, identifica as alterações rapidamente <sup>(38)</sup>.

Para Acosta, Duro, Lima <sup>(30)</sup>, O enfermeiro é primeiro profissional da equipe do serviço de urgência/emergência a ter o contato com o paciente, interpreta os principais sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos para o acolhimento, verificação e validação da coleta de dados.

Os serviços de urgência e emergência são caracterizados como porta de entrada do serviço de saúde e devem funcionar 24 horas por dia. Deve-se impreterivelmente ter atendimento humanitário, de modo holístico, com atitudes e ações, onde, acarretem postura concreta, com respeito a vida humana, do paciente, sofrimento e dor; não visando apenas a patologia, e, sim o paciente como um todo, importando-se com os aspectos bio-psico-socio-espirituais <sup>(49)</sup>.

A Portaria 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, propõe implementação em unidades de atendimento de urgências o Acolhimento e a Classificação de Risco (ACCR). Deverá ser realizada pelo profissional de saúde, de nível superior, através de treinamento específico, sendo utilizado os protocolos pré-estabelecidos, objetivando a avaliação do grau de urgência das principais queixas dos pacientes, colocando em prioridade para encaminhamento do atendimento médico <sup>(4)</sup>.

Acolher é caracterizado pelo o que o outro apresenta como necessidade de saúde. O acolhimento deve estar e prover o relacionamento entre equipe-serviço e usuário-população, sendo construído em formato coletivo, analisando os processos do trabalho, objetivando a confiança, compromisso e vínculo (equipe-serviço-trabalhador-usuário) de rede sócio afetivo<sup>(41)</sup>. É um mecanismo, que organiza a demanda dos pacientes tendo como objetivos principais: garantir atendimento imediato com grau de risco elevado; informação da não ocorrência do risco imediato, como aos seus familiares, com tempo provável de espera; promover trabalho em equipe por meio de avaliação contínua; melhorar condições de trabalho para os profissionais, implantando o cuidado humanizado; elevar satisfação dos usuários; possibilitar a construção das redes internas e externas dos atendimentos <sup>(30,42)</sup>.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen por meio da Resolução nº 423/2012, a ACCR sendo privativa do Enfermeiro, sendo que este deve estar dotado de conhecimentos, competências, habilidades e atitudes que venham a garantir rigor técnico-científico ao devido procedimento <sup>(30)</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde <sup>(29)</sup>, a Política Nacional de Humanização (2003), tem a finalidade de efetivar princípios do SUS no cotidiano de práticas de atenção e gestão, fazendo com que qualifique a saúde pública no Brasil e incentivar trocas solidárias entre os gestores,

trabalhadores e usuários dos serviços. Atuando em base de orientações clínicas, éticas e políticas, onde, traduzem-se em determinações dos arranjos do trabalho.

Dentre outras escalas e protocolos (escala norte-americana – *Emergency Severity Index* (ESI), escala australiana – *Australasian Triage Scale* (ATS), o protocolo canadense – *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS<sup>©</sup>)), é o protocolo inglês – *Manchester Triage System* – protocolo de Manchester que foi adotado pelo MS em 2004, devido este ser informatizado, direciona a classificação de risco em todos os serviços de urgência e emergência. Dentre os critérios de classificação de risco clínico dos pacientes inclui-se os níveis de prioridade e cor a elas atribuídas e, o tempo de espera para o atendimento médico, sendo, referenciado pela enfermagem, em base ao método de avaliação da história pregressa, direcionando o risco aos cinco níveis com uso de cores para priorizar o atendimento <sup>(43)</sup>.

O Protocolo de Manchester foi desenvolvido na cidade de Manchester, na Inglaterra, no ano de 1994 e estipula a classificação através de cinco categorias. Com base na identificação da queixa principal do indivíduo pelo enfermeiro, um discriminador é detectado e o paciente é classificado em uma das cinco categoriais: emergência (**vermelho** – atendimento imediato); muito urgente (**laranja** – atendimento praticamente imediato); urgência (**amarelo** – atendimento rápido, mas podem aguardar); menos graves (**verde** – podem aguardar atendimento ou encaminhamento para outros serviços de saúde); casos leves (**azul** – podem aguardar atendimento ou encaminhamento para outros serviços de saúde). Para cada categoria, há um tempo específico, respectivamente: 0 (emergência), 10 (muito urgente), 60 (urgência), 120 (menos graves) e 240 (casos leves) minutos <sup>(31,44)</sup>.

Para Martins <sup>(45)</sup>, o enfermeiro do ACCR, reconhece as principais sintomatologias de AVE: início súbito de perda de força, sensibilidade, principais dificuldades de fala e visuais, cefaleia intensa súbita, desequilíbrio motor. Como também a verificação do ictus (tempo inicial) dos sintomas. Acolhe, prioriza e encaminha para o atendimento médico imediato.

Deve ter destreza manual e rapidez nas ações, adequada e otimizada dos cuidados prestados. Sendo crucial a importância da comunicação, integração e interação entre equipes multiprofissionais para no atendimento humanizado. Ressaltando, que o enfermeiro em sua diversidade de conhecimentos, sendo estes, fisiopatológicos, tecnológicos e terapêuticos, sendo capaz de avaliar, intervir e tratar de forma rápida, precisa e ágil, sendo refletido no risco e vida do paciente, conjunto com sua família <sup>(46)</sup>.

## DISCUSSÃO

O envelhecimento dá perceptibilidade a uma categoria social considerável que utiliza dos serviços do Sistema de Saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria MS/GM

nº 2528, de 20 de outubro de 2006), indica que 26% dos recursos de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS, são destinados às pessoas idosas que representam 11% da população total. Gestores de saúde demonstram que os idosos são os principais usuários dos sistemas de saúde. Mas, relata-se que nem sempre os serviços estão preparados para atender às demandas dessa população <sup>(39)</sup>.

De importância epidemiológica no mundo, gerando ampla variedade de déficits neurológicos, esta patologia, conforme localização da lesão, tamanho da área de perfusão inadequada e quantidade de fluxo sanguíneo colateral <sup>(47)</sup>.

Um dos pilares para reabilitação é a qualidade de vida dos indivíduos que sofreram AVE, sendo eficaz quanto maior funcionalidade, especialmente idosos, já que se evidencia presença de depressão. Desempenhando como importante papel no prognóstico funcional pós AVE em idosos, devendo ser levado em consideração em programas de reabilitação <sup>(49)</sup>. Para Santos (2000), o profissional de enfermagem, utilizando-se de uma abordagem holística, ao cuidar do referente idoso, considera a peculiaridade e a multidimensionalidade deste indivíduo.

## CONCLUSÃO

Os resultados permitiram reafirmar que o AVE acontece de forma súbita e esta é uma emergência médica. Portanto, é de fundamental importância que o Enfermeiro seja capacitado, que reconheça as principais sintomatologias que acometem o idoso em quadro de AVE na emergência e fundamente o que está proposto no protocolo, priorizando cada indivíduo com sua gravidade e sua história pregressa.

Demanda-se da enfermagem no processo da gestão do cuidado ao paciente idoso e suas peculiaridades o processo de trabalho ao qual os conhecimentos, habilidades e atitudes, estão sendo constituídos, assim como, a capacidade do pensamento e raciocínio. Portanto, as habilidades e capacidades da ação ou intervenção de enfermagem resulte nos processos gerados com a execução da ação advinda pela mesma.

Os enfermeiros devem gerir o cuidado e ter o conhecimento da diferenciação de sintomatologias presentes em idosos característicos de AVE, entretanto, estes profissionais não estão sabendo diferenciar estas sintomatologias, e, contudo, os enfermeiros não estão sendo capacitados para seguir o protocolo de Manchester, identificando e priorizando o atendimento em sua gravidade.

## REFERÊNCIAS

1. Martins AS, Rezende NA, Torres HOG. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. *Rev. Texto-contexto Enfem.* 2012;21(1):217-25. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a14.pdf>>
2. Parreira JG, Farrath S, Soldá SC, Perlingeiro JAG, Assef JC. Análise comparativa das características do trauma entre idosos com idade superior e inferior a 80 anos. *Rev. Col. Bras Cir.* 2013;40(4):269-74. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/v40n4a03.pdf>>
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Bioestatística. Proporção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Índice de Envelhecimento (IE) 2000-2030. 2ª ed: OMS.2015. Brasília-DF.
4. Menezes TMO, Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo do morte/morrer e luto. *Rev. Cien. e Saud Colet.* 2014;19(8):3309-16. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03309.pdf>>
5. Rodrigues RAP, Kussomota I, Marques S., Fabricio SCC, Lange C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. 2007;16(3):536-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a21v16n3>>
6. Brasil. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Política Nacional do Idoso. Brasília-DF. 1994;132(3):1-3. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)>
7. Freitas EV, Py L, Conçado AX, Doll J, ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. In: Py MO. Doenças Cérebro-Vasculares. 2ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan. 2006. 333-45.
8. Sá BP, Grave MTQ, Périco E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. *Rev. Neuroc.* 2014;22(3):381-87. Disponível em <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/967original.pdf> >
9. Brasil. Lei nº 27, de 27 de setembro de 2013. Estabelece o Protocolo de Classificação de Risco dos usuários na Rede de Urgências e Emergências. Protocolo de Classificação de Risco dos usuários na Rede de Urgências e Emergências. 2013.: 1-25. Disponível em: <[http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/portaria\\_2013-09-27\\_27.pdf](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/portaria_2013-09-27_27.pdf)>
10. Leite HR, Nunes APN, Couto JMM, *et al.* Epidemiologia das doenças cerebrovasculares em Diamantina, 1998-2006. *Rev. Neuroc.*2013;21(4):497-03. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/original/843original.pdf>>
11. Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira-Junior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no município de Vassouras, RJ, BR, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Rev. Cad. Saúde Pública.* 2009;25(9):1929-36. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/07.pdf>>
12. Monteiro RBC, Laurentino GEC, Melo PG, Cabral DL, Correa JCF, Teixeira-Samela LF. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após AVE. *Rev. Cienc e Saúde.* 2013;18(7):2017-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/17.pdf>>
13. Martins HS, Brandão-Neto RA, Scalabrini-Neto A, Velasco IT. Emergências clínicas: abordagem prática. In: Evaristo EF. Acidente Vascular Cerebral. 4ª ed. Barueri. SP. 2009

14. LAEC. Liga Acadêmica de Emergências Clínicas. Saiba identificar quando alguém está tendo um derrame. Salvador. BA. iSaúde. 2012. Disponível em:  
<<http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/sabe-como-socorrer-alguem-que-esta-tendo-um-derrame/>>
15. Santa Cruz. Hospital Santa Cruz. Acidente Vascular Cerebral. 2012. Disponível em:  
<[http://www.hospitalsantacruz.com.br/servicos/acidente\\_vascular\\_cerebral/](http://www.hospitalsantacruz.com.br/servicos/acidente_vascular_cerebral/)>
16. SOCOR. Hospital Geral SOCOR. Urgência x Emergência. 2012. Disponível em:  
<<http://www.socor.com.br/urgencia.php>>
17. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. Rev. Latino am-Enferm. 2009;17(4):535-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/17.pdf>>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde. Brasília-DF. 2013. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)>
19. Servin SCN, Pinheiro E, Maciel DO, Serra-Neto A, Matos RM, Brito LCV, *et al.* Protocolo de Classificação de Risco-Sistema Único de Saúde-SUS, Hospital Municipal/São Luis, MA. 2013. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)>
20. CRUZ, CCA. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rev. Enfermagem 2005;12(3)3-8.
21. Gil, AC, 1946. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ªed.São Paulo, SP. 176p. 2002
22. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5ªed. São Paulo. 2002.
23. Santos EMM. Trabalho de conclusão de curso: planejamento, execução e redação da monografia. In: Almeida RO, Machado RHB. Salvador. BA. 113p. 2003
24. Santos SSC. Enfermagem Gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa. 2ªed. 2001
25. Erazo GAC. Manual de Urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro, RJ. 9ªed. Cp 25. 2010.
26. Gorzoni ML, Fabbri MA. Livro de bolso de geriatria. São Paulo, SP. 2013
27. Castro PJS. Relação entre a hipoperfusão cerebral crônica global e os défices cognitivos. Rev. Cienc da Saúde. 2014;17(4):2-6.
28. Silva MFN,argas EL, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Araújo IEM. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. Rev. Latino-am de Enferm. 2014;22(2):218-25. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf)>
29. MS. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Datasus. 2015
30. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Rev. Gaúcha

Enfermagem. 2012;33(4):181-90. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n4/23.pdf>>

31. Junior JAB, Matsuda LM. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. Rev. Cien. Cuidado e Saúde 2012;11(2):396-01. Disponível em:  
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/14922/pdf>>

32. Ventrella PB, Prudenciatti KN. A equoterapia como recurso terapêutico na prevenção de quedas em pacientes neurológicos. Bauru, SP. 2006

33. Nordon DG, Guimarães RR, Kozonoe DY. Perda cognitiva em idoso. Rev. Faculd. Cienc. Med. Sorocaba. 2009;11(3):5-8. Disponível em:  
<<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/1874/1288>>

34. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. Rio de Janeiro. RJ. 11ªed. Editora: Guanabara Koogan. 2009

35. Itaquy RB. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. Rev. Bras Fonoaudiol. Porto alegre, RS. 2011;23(4):385-89. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v23n4/v23n4a16.pdf>>

36. ABNEURO – Academia Brasileira de Neurologia. Sociedade Brasileira de Neurologia/ Órgão Oficial da Neurologia Brasileira. AVC ou Derrame Cerebral. São Paulo, SP. 2014. Disponível em: <[http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico\\_avc.asp](http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico_avc.asp)>

37. Carvalho MA, Coutinho APO, Carvalho GDA. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos atendidos por meio do serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. Enfermagem. Porto alegre, RS. 2011;12(4):182-90. Disponível em:  
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/7189/1168>>

38. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais. Organização Pan-Americana. Brasília-DF. 2012

39. Berzins MAVS. Violência institucional contra a pessoa idosa: a contradição de quem cuida. São Paulo, SP. Rev. Enfermagem. 2009;53(12):118-25.

40. MS. Portal da Saúde. 2014

41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do AVC. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF. 2002

42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília-DF. 2009

43. Souza, Toledo, Tadeu. Classificação de risco em pronto- socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester

44. Oliveira GN. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidades de emergência. Rev. Latino-am Enferm. 2014;

45. Martins SCO. Protocolo de atendimento do AVC isquêmico agudo. Rev. Soc Card. Porto Alegre, RS.2008;15(7):1-5.

46. Munari DB. Atividades grupais a portadores de doenças crônicas. Cienc Cuid Saúde, Goiânia – GO. 2011;8(4):148-159.
47. Cavalcante TF, Monteiro RP. Intervenções de Enfermagem aos Pacientes com Acidente Vascular Encefálico: uma revisão integrativa de literatura
48. Mendes TAB. Manuais de especialização-Geriatria e Gerontologia. Barueri, SP. Editora Manole. 2014
49. Santos SSC. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. Rev. Enfermagem. Porto Alegre, RS. 2000;21(2).