

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO – UNIBRA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ABEL JOSÉ DOS SANTOS
FABÍOLA DO NASCIMENTO SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS
NEUROLÓGICAS**

RECIFE/2022

ABEL JOSÉ DOS SANTOS
FABÍOLA DO NASCIMENTO SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS
NEUROLÓGICAS**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Brasileiro
– UNIBRA, como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Dayane Apolinário

RECIFE/2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

S237a Santos, Abel José dos
Assistência de enfermagem nas emergências neurológicas / Abel José
dos Santos, Fabíola do Nascimento Silva. - Recife: O Autor, 2022.
30 p.

Orientador(a): Maria Dayane Apolinario da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Enfermagem, 2022.

Inclui Referências.

1. Assistência de enfermagem. 2. Emergência. 3. Neurologia. I.
Silva, Fabíola do Nascimento. II. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA.
III. Título.

CDU: 616-083

Dedicamos este trabalho a nossos familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos imensamente a Deus, por ter nos concedido saúde, força e disposição para fazer a faculdade e o trabalho de final de curso. Sem Ele, nada disso seria possível.

Agradecemos aos nossos familiares, que foram nossa maior fonte de inspiração e força e por acreditarem e apoiarem nossos sonhos.

Agradecemos a todos os nossos mestres, principalmente a nossa professora e orientadora Dayane Apolinário, que fez toda a diferença nesse último semestre, nos auxiliando no desenvolvimento deste trabalho.

A todos que fizeram parte dessa caminhada, agradecemos por todo apoio nesses meses de muito trabalho.

*“O insucesso é apenas uma oportunidade
para recomeçar com mais inteligência.”*

Henry Ford

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	12
3.2 Tipos de AVC.....	12
3.2.1 AVC Transitório.....	12
3.2.2 AVC Estabelecido.....	12
3.2.3 AVC Isquêmico.....	13
3.3 Exames Complementares para diagnóstico.....	13
3.4 Tratamento do AVC.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS

Abel José dos Santos¹
Fabíola do Nascimento Silva¹
Dayane Apolinário²

Resumo

O sistema nervoso no ser humano é bastante complexo e através dele as informações são recebidas e enviadas a todas as partes do corpo, com velocidade e uma precisão incríveis. O objetivo deste trabalho é descrever a assistência de enfermagem nas emergências neurológicas, destacando a importância de um atendimento humanizado, planejando, gerenciando e cuidando de cada paciente. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, onde pesquisou-se, na literatura nacional, artigos publicados no período entre 2015 a 2020. Cabe ressaltar que o levantamento de dados ocorreu no período de Setembro a Novembro de 2021. Encontramos como resultado que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é sem dúvida a mais importante doença da neurologia, pela frequência com que ocorre, como também pelas consequências pessoais e sociais que elas trazem à pessoa acometida, já que deixam sequelas graves de recuperação lenta. O atendimento inicial e a classificação de risco devem ser realizados de maneira integral, com avaliação dos principais sinais e sintomas provenientes da doença, histórico patológico pregresso e início das manifestações. Concluímos que é essencial que o profissional tenha sua conduta baseada em protocolos e diretrizes clínicas, visto que esses instrumentos definem as principais manifestações clínicas da doença e indicam o melhor tratamento para que o cuidado seja respaldado por evidências científicas, com o objetivo de alcançar os melhores resultados.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Emergência. Neurologia.

¹ Acadêmicos da UNIBRA. Graduandos em Enfermagem. E-mail: abelsantos2014@outlook.com; fabirecife2009@hotmail.com.

² Professora e orientadora da UNIBRA. E-mail: Dayane.apolinario@grupounibra.com

1 INTRODUÇÃO

O sistema nervoso no ser humano é bastante complexo e através dele as informações são recebidas e enviadas a todas as partes do corpo, com velocidade e uma precisão incríveis. O tecido nervoso é constituído por dois tipos de células que são os neurônios e as células da glia. Os neurônios possuem em corpo com citoplasma e núcleo e deste corpo partem dois tipos de ramificações, que são os dendritos e o axônio. Os dendritos são prolongamentos curtos que se ramificam, tais quais os galhos de uma árvore e o axônio é um prolongamento único por cada célula, com ramificações na periferia deles. A função dos neurônios é de conduzir impulsos nervosos que chegam através dos impulsos dendritos, passam pelo corpo celular e saem pelo axônio, retransmitindo esses impulsos a outros neurônios ou aos músculos e órgãos (ALVES, 2015).

O sistema nervoso pode ser dividido em central, periférico e autônomo. O sistema nervoso central é composto de encéfalo e medula espinhal. O sistema nervoso periférico pelos nervos cranianos, espinhais e periféricos com suas terminações que trazem as informações para serem analisadas pelo SNC e retransmiti-las pelas terminações motoras que levam as ordens (AMANTE, 2016).

O sistema nervoso autônomo é formado por nervos e gânglios, que são acúmulos de corpos celulares e neurônios. O SNC é composto de encéfalo, localizado na caixa craniana e a medula espinhal localizada no interior da coluna vertebral (MAGALHÃES, 2015).

Além das proteções ósseas, elas ainda são protegidas pelas meninges por onde circula um líquido chamado liquor ou líquido cefalorraquidiano. O encéfalo que é a parte mais volumosa do SNC é formado por três partes que são o cérebro, cerebelo e bulbo. O cérebro é dividido no meio em dois hemisférios, um direito e outro esquerdo. A parte mais externa do cérebro é composta de uma massa cinzenta chamada córtex cerebral (CARNEIRO, 2015).

O termo sistema nervoso autônomo é assim chamado porque a sua atuação depende da nossa vontade e do nosso comando, pois agem autonomamente. O SNA apresenta duas partes, o sistema simpático e o parassimpático. A parte simpática

compreende as fibras pré ganglionares que saem dos níveis torácico e lombares superiores da medula espinhal e de fibras pós ganglionares (CINTRA, 2017).

O SNA tem um papel importante no mecanismo pelo qual o corpo conserva constante o seu meio interno, como temperatura, equilíbrio líquido e composição iônica do sangue (FEITOZA, 2017).

Qualquer alteração que ocorre com esses sistemas, órgãos e compostos resultam em um distúrbio ou uma disfunção neurológica. E o enfermeiro tem papel fundamental durante a assistência a qualquer patologia (SOUSA, 2016).

Justifica-se o presente estudo em relação as emergências, pois os profissionais de enfermagem realizam inúmeros atendimentos durante a sua jornada de trabalho em pacientes portando alguma patologia neurológica, e muitas vezes esses profissionais não sabem ou não conseguem prestar uma assistência de qualidade à esses pacientes. E, para tal, incute-se aos enfermeiros a definição de um conjunto de medidas indispensáveis para o monitoramento de sua prática.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever a assistência de enfermagem nas emergências neurológicas, destacando a importância de um atendimento humanizado, planejando, gerenciando e cuidando de cada paciente.

2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo assim, é necessário construí-la através de etapas: A primeira etapa consiste na formulação da questão de pesquisa que é “Como é desempenhada a assistência de enfermagem nas emergências neurológicas?”

Na segunda etapa foram definidos como descritores que poderiam surgir em estudos que responderiam à questão de pesquisa, os seguintes: “Assistência de Enfermagem”, “Emergência” e “Neurologia” com o operador lógico booleano “AND”.

A busca foi realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de Setembro a Novembro de 2021, incluindo as seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SciELO (Biblioteca Científica Eletrônica Online).

Consideraram-se como critérios de inclusão: 1) ser artigo original; 2) responder à questão norteadora; 3) ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo; 4) ter sido publicado no período citado no idioma português.

A construção de um instrumento para a coleta de dados foi necessária devido à grande quantidade de artigos encontrados sobre o assunto, categorizando-os, sintetizando os resultados e melhorando a compreensão de cada artigo. Foi composto por: título, ano, país, método, base de dados e principais resultados, que sintetizou-se como a assistência de enfermagem nas emergências neurológicas.

Na primeira busca, foram encontrados 3.530 artigos. Após selecionar apenas aqueles que preenchiam aos critérios de inclusão mencionados, foram excluídos 3.372 artigos que não correspondiam com o tema em questão, que não estavam disponíveis no formato de texto completo, que foram publicados no período que não corresponde ao pesquisado e que foram publicados em outro idioma. Após a exclusão, selecionou-se o total de 158 artigos.

Após a leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 47 artigos que consideravam o objetivo e questão de pesquisa propostas. Após leitura dos títulos, resumos e artigos na íntegra, chegou-se ao total de 10 artigos, sendo: 3 da LILACS, 3 do MEDLINE e 4 da SciELO.

O preenchimento do instrumento foi realizado por dois revisores de forma independente, para extração dos principais aspectos abordados. Na interpretação dos resultados, seguiu-se à leitura comparativa entre os artigos, verificando-se as suas similaridades e procedendo-se ao agrupamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O AVC ou AVE (Acidente Vascular Encefálico) vem a ser o rompimento de um vaso sanguíneo que irriga o cérebro, prejudicando a perfeita oxigenação do órgão e aumentando a pressão dentro da caixa craniana. Como procedimento emergencial numa situação de AVC o correto é posicionar a vítima em decúbito lateral esquerdo, com os ombros e a cabeça elevados (STONE, 2016).

Trata-se de um dos mais sérios acidentes, podendo-se chegar ao óbito, se não

houver intervenção urgente. Estando a vítima consciente, não oferecer água ou comida. Entre os sinais e sintomas mais significativos estão: perda de controle intestinal e urinário, paralisia da face ou dos membros, dor forte na cabeça, tontura, enjoos, vômitos, mal-estar, redução total ou parcial dos órgãos dos sentidos, alteração da fala, fraqueza, entre outros (CYRILLO, 2015).

3.2 Tipos de AVC

3.2.1 AVC Transitório

No AVC transitório ocorre episódio súbito e transitório de déficit neurológico em minutos ou em até no máximo 24 horas. Na maior parte das vezes são fugazes, com uma rápida recuperação do indivíduo. Esses casos geralmente são decorrentes de doenças ateroscleróticas de vasos sanguíneos do pescoço, que de tempos em tempos desprendem microêmbolos, geralmente plaquetários que acabam por ocluir pequenas artérias intracranianas, gerando os sintomas. Como eles se dissolvem com facilidade, logo a circulação se restabelece, fazendo desaparecer os sintomas. Essas pessoas comumente repetem esses episódios com muita frequência e semelhanças com os outros (MAGALHÃES, 2015).

3.2.2 AVC Estabelecido

No AVC estabelecido ocorre o episódio isquêmico, com os sintomas que não aumentam com o decorrer do período e que não regredem nas primeiras 24 horas. No AVC progressivo ocorre agravamento do quadro neurológico nas primeiras horas seguintes à instalação do quadro, com aparecimento de vários sintomas, demonstrando nitidamente que há um comprometimento de áreas vizinhas à zona infartada (MALTA, 2015).

O paciente geralmente apresenta uma série de doenças anteriores como hipertensão arterial, diabetes e episódios que surgem uma doença aterosclerótica. A idade geralmente é em torno de 60 anos, podendo, no entanto, ser antecipada. Os fatores de risco geralmente acompanham e são o fumo e o estresse. O AVC poderá ser isquêmico, hemorrágico ou misto (CALIL, 2017).

3.2.3 AVC Isquêmico

No AVC isquêmico a artéria é obstruída por um embolo, levando a um infarto da área que deveria ser irrigada por ela. No AVC hemorrágico ocorre um sangramento, que passa a comprimir as arteríolas ao ponto de obstruí-las e como consequência terem um enfartamento da região que seria por ela irrigada. Dizem que o AVC é misto, quando ele inicialmente é isquêmico, causando o infarto posterior à obstrução e nesta região infartada continua a chegar sangue, que não conseguindo passar, sangra e causa um hematoma que comprime outras áreas e agrava ainda mais o quadro isquêmico (TREVISAN, 2015).

3.3 Exames Complementares para diagnóstico

O eletroencefalograma (EEG) mostra nos infartos corticais e pouco abaixo, lentificação persistente das ondas, que pode ser de maior ou menor intensidade, de acordo com a extensão da lesão. As lesões profundas abaixo da córtex e os do tronco cerebral, mostram registros eletroencefalográficos mais discretos com surtos de ondas lentas (SOUSA, 2016).

A tomografia computadorizada é o exame mais importante, principalmente na fase inicial do AVC e confirma o diagnóstico mostrando o local, a extensão e se há edema ou sangue na área atingida. A punção do líquido cefalorraquidiano é importante meio diagnóstico, principalmente quando há suspeita de hemorragia (CALIL, 2017).

A angiografia é importante, principalmente nos casos onde as crises isquêmicas são transitórias ou na presença de ruídos anormais nos vasos do pescoço. Esse exame somente avalia a luz de todos os vasos intracranianos e mostra se há placas ateromatosas, obstruindo-os (CYRILLO, 2015).

3.4 Tratamento do AVC

O tratamento na sua qualidade, assim como na sua quantidade, irá depender do tipo de AVC se, transitório, estabelecido ou progressivo. No transitório, além dos procedimentos gerais como controlar a pressão arterial, diabetes, cardiopatias, taxas elevadas de lipídeos, afastar estresse e tabagismo. Usamos a aspirina para diminuir

a agregação plaquetária e conseqüentemente a formação de êmbolos. A aspirina em doses de 500mg diariamente ou em dias alternados, inicialmente dá bons resultados. O tratamento cirúrgico é indicado, quando constatamos a presença de placas ateromatosas isoladas na carótida e sua retirada oferece ótimos resultados (BARROS, 2018).

No AVC estabelecido além dos cuidados gerais, anteriormente citados, aprofunda-se com medidas mais cautelosas, pois esses doentes requerem maiores cuidados. O balanço hídrico é importante na medida em que a desidratação favorecerá a extensão da trombose, portanto a água é dosada de acordo com as perdas e as ingestões diárias (CINTRA, 2017).

A pressão arterial deve ser reduzida lentamente e com cautela, somente se ela estiver muito alta, ou seja, acima de 120mmhg na diastólica. Esse cuidado visa não compreender a perfusão cerebral. Nesse período é comum o paciente apresentar vômitos, dificuldade de deglutição e estar inconsciente, por isso devemos deixá-lo sem se alimentar nas primeiras 24 horas. Ter o cuidado de repousá-lo na cama em decúbito lateral, para evitar que aspire o vomito. A sonda nasogástrica para alimentação e a administração de drogas e a vesical são necessárias, devido à inconsciência do paciente (MANTOVANI, 2015).

No AVC progressivo usamos todos os cuidados gerais relatados anteriormente e exame do líquido cefalorraquidiano e também a tomografia computadorizada, irão dizer se é isquêmico ou hemorrágico, no caso de ser hemorrágico e este estiver comprimindo outra área e em evolução, adota-se o procedimento cirúrgico. Se for isquêmico iniciamos imediatamente o uso de anticoagulantes (SOUSA, 2016).

A carga hereditária que recebemos de nossos pais sem dúvida é o fator mais importante no aparecimento da doença e se agrava ainda mais, quando esta pessoa sabendo de seus antecedentes familiares não promove uma prevenção do AVC. O tabagismo e o uso excessivo de alimentos gordurosos devem ser definitivamente abolidos da vida, principalmente dessas pessoas (BARROS, 2018).

O controle da pressão arterial, arritmias cardíacas e o estresse que a vida moderna nos impõe são de igual importância. O uso do anticoncepcional nas mulheres continuamente, tem sido responsabilizado pelo número crescente de casos

de AVC nessas pessoas. Alguns autores falam como prevenção ao uso contínuo de antiadesivo plaquetário como a aspirina, mas ainda não pode-se afirmar com certeza se é a melhor conduta (CARNEIRO, 2015).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi composta por 10 artigos, quanto ao ano de publicação, 02 estudos foram publicados em 2015, 02 em 2016, 02 em 2017, 02 em 2018, 01 em 2019 e 01 em 2020. Em relação ao idioma das publicações, os 10 estudos foram publicados em português.

A fim de apresentar os resultados desta revisão em um formato sinóptico, elaborou-se uma tabela síntese (Tabela 1) que enfatiza as informações relevantes dos estudos selecionados.

Tabela 1 - Síntese dos estudos que compuseram a amostra final, Recife- PE, 2021.

AUTOR/ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
CALDAS et al. (2015)	Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a pacientes	Identificar quais modelos de cuidados de curta duração são disponibilizados aos pacientes quando passam por uma situação de emergência.	A equipe atuante nos serviços de emergência deve prestar uma assistência à população considerando suas individualidades, utilizando protocolos específicos com enfoque na alta hospitalar precoce ou no encaminhamento desse paciente, facilitando a comunicação da equipe e a tomada de decisões relacionadas aos cuidados à serem

			prestados. Há a necessidade de treinamento profissional bem como mudanças na estrutura da unidade com o objetivo de fornecer mais segurança e conforto para esse público.
COBAN et al. (2016)	Características, diagnóstico e evolução dos pacientes encaminhados para um especialista clínica de emergência de neurologia: estudo observacional prospectivo	Determinar as características, o diagnóstico e o resultado de pacientes encaminhados a uma clínica especializada em neurologia de emergência	No estudo em questão foram avaliados 4.500 pacientes pela equipe de neurologia do pronto socorro. As DCVs foram responsáveis por 20,6% dos casos em pacientes com idade média de 65,9 anos.
GOVONI et al. (2018)	A consulta neurológica urgente na população da província de Ferrara, Itália.	Estabelecer a frequência e as indicações dos casos da consulta neurológica de urgência.	Dos 612 pacientes que necessitavam de consulta neurológica de urgência, 213 tinham idade de 60 a 79 anos e 149 possuíam 80 anos ou mais. De 60 a 79 anos, tiveram 67 casos de DCV agudas, 22 casos de vertigem, 12 casos de cefaleia e 8 casos de epilepsia. Dos pacientes com 80 anos ou mais, tiveram 85 casos de DCV agudas, 09 casos de vertigem, 08 casos de epilepsia e 04

			<p>casos de cefaleia. Dos pacientes internados com 60 a 79 anos, tiveram 47 casos de AVE isquêmico, 6 casos de epilepsia, 5 casos de AIT, 5 casos de hemorragia intraparequimatosa. Dos pacientes com 80 anos ou mais, 51 casos de AVE isquêmico, 6 casos de AIT, 5 casos de hemorragia intraparequimatosa e 4 casos de epilepsia.</p>
LIU et al. (2016)	<p>Doenças neurológicas comuns que envolvem ligações com pacientes internados em um Hospital de referência secundário em Taiwan: um estudo transversal retrospectivo</p>	<p>Caracterizar a natureza das ligações de internação neurológica (NILs) para ajudar a planejar o uso apropriado de recursos de neurologia</p>	<p>Em um total de 853 pacientes, 43 passaram por consultas de emergência requerendo uma ligação de internação neurológica. Foram realizadas 11 consultas de emergência para o diagnóstico de consciência alterada, com idade média de 73,8 anos. O AVE obteve 16 consultas de emergência com idade média de 74,9 anos, 01 consulta de emergência com idade média de 69,9 anos para o diagnóstico de</p>

			vertigem, 01 consulta de emergência com idade média de 55,6 anos para a cefaleia e 01 consulta de emergência com idade média de 66 anos para a síncope.
NASCIMENTO et al. (2015)	<p>Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao paciente: percepção dos profissionais de enfermagem</p>	<p>Conhecer como os profissionais de enfermagem percebem a ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao paciente.</p>	<p>Embora exista grande esforço por parte da equipe em fornecer uma assistência adequada ao paciente presente na emergência, este serviço torna-se, ainda, muito limitado. O paciente neurológico exige maior prestação de cuidados por sua própria natureza dependente e pelo seu grau de fragilidade na doença. No entanto, o baixo número de profissionais atuantes na emergência bem como a necessidade de melhorias relacionadas à estrutura da unidade para receber estes pacientes fazem com o que a assistência não seja a mais adequada.</p>

SANOSSIAN et al. (2018)	Utilização de neuroimagem emergente para elegível à trombólise pacientes com AVC.	Caracterizar tendências na utilização de neuroimagem em pacientes com AVC agudo.	Foram avaliados um total de 1700 casos dentre os quais o mais prevalente foi a isquemia cerebral com 73,3% dos casos, seguido de hemorragia intracraniana com 22,8% e DCV com 3,9% dos casos em pacientes com idade média de 69 anos.
SARMENTO et al. (2017)	Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência	Caracterizar o perfil epidemiológico das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	Em uma amostra de 73 pacientes vítimas de afecções neurológicas, 58,9% tinha intervalo de idade de 68 a 101 anos. Das vítimas de AVE, 66,1% estavam neste intervalo de idade. Das vítimas de crise convulsiva, 25% e das vítimas de síncope e parestesias inespecíficas, 66,7%.
UKKONEN et al. (2019)	Visitas ao departamento de emergência em pacientes mais velhos: um estudo baseado na população pesquisa.	Avaliar a carga sobre os serviços de emergência causada pelo envelhecimento da população na Finlândia.	6944 doentes com intervalo de idade de 80 a 104 anos, em um período de 2 anos, foram avaliados. Houveram 14.061 admissões na emergência de pacientes com 80 anos dos quais 2,4% possuíam ferida na cabeça, 2,7% desorientação não especificada e

			2,1% lesão intracraniana. 3708 admissões na emergência de pacientes com 90 anos dos quais 3,3% possuíam ferida na cabeça, 1,6% desorientação não especificada e 2,9% lesão intracraniana.
RIBEIRO et al. (2017)	Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto atendimento de um hospital de ensino	Investigar as características demográficas dos pacientes atendidos no pronto - atendimento da emergência de um Hospital de Ensino, identificar as emergências clínicas predominantes e verificar o destino desses pacientes (alta, internação ou óbito).	9.756 pacientes foram atendidos em emergências clínicas dos quais 13,9% dos atendimentos foram por causas neurológicas. Destes, 3,7 % possuíam mais de 70 anos, 2,8% entre 61 e 70 anos. A cefaleia foi responsável por 29,03% dos casos neurológicos, o AVE por 26,09% dos casos e a dorsalgia por 10,25% dos casos. O atendimento deve ser ágil e sistematizado e, para isso, os profissionais devem ser capacitados e a unidade deve ser adequada para o atendimento de modo a ofertar uma assistência rápida e resolutiva.
CARPENTER; PLATTSMILLS. (2020)	Em evolução pré-hospitalar, departamento de	Descrever os esforços recentes e contínuos para	Os profissionais precisam saber fazer uma triagem

emergência, e modelos de gestão de "pacientes internados" para emergências geriátricas

melhorar a qualidade do atendimento de emergência para os pacientes usando abordagens de gestão alternativas que vão desde o atendimento pré-hospitalar, através do departamento de emergência, até a evolução dos processos de internação ou ambulatorial.

adequada dos pacientes identificando os motivos da visita ao departamento de emergência a partir da sua apresentação clínica considerando, também, as comorbidades apresentadas e traçando estratégias para o manejo do caso. É necessário um dimensionamento profissional suficiente e específico para estes atendimentos, dispor de uma unidade com uma estrutura adequada para receber este público, dispor de protocolos e objetivos além do vínculo com serviços ambulatoriais de geriatria para fornecer a continuidade do cuidado. Além disso, precisa haver um trabalho de educação continuada com os profissionais, capacitando-os para prestação de uma assistência com espírito de liderança, baseada

em evidências,
focando no
problema.

Fonte: autores, 2021.

Diante das nossas pesquisas, foi possível observar que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é sem dúvida a mais importante doença da neurologia, pela frequência com que ocorre, como também pelas consequências pessoais e sociais que elas trazem à pessoa acometida, já que deixam sequelas graves de recuperação lenta. Os acidentes vasculares podem ocorrer em qualquer parte do organismo, mas é no cérebro onde as consequências são piores, devido à importância funcional do órgão.

Em síntese, o AVC é uma doença onde uma determinada área do cérebro deixa temporária ou definitivamente de receber o suprimento sanguíneo normal, levando à destruição de parte do tecido atingido, às vezes, em caráter irreversível. Os sinais e sintomas irão diferir na qualidade e quantidade, dependendo do tipo de AVC em questão, da extensão da área cerebral atingida e da importância funcional dessa área. Os sintomas relatados quase sempre são vertigens, quedas, diplopias, distúrbios do campo visual, dormência na pele, perda da força muscular, zumbidos, dor de cabeça, vômito, paralisia com perda do movimento, perda dos movimentos palpebrais, falta de lacrimejamento, dislalia, etc. (STONE, 2016).

O enfermeiro ao deparar-se com um quadro desta natureza, deverá imediatamente iniciar o transporte da vítima para o hospital, salvo em casos de absoluta incapacidade de fazê-lo. Salvos nos casos de traumatismo cervical, posicionar o acidentado em decúbito lateral esquerdo, objetivando não permitir que a língua venha a obstruir as vias aéreas e que a vítima não aspire substâncias como o vômito e a saliva. Manter o acidentado coberto, para evitar o quadro de hipotermia. Controlar os sinais vitais e através de estímulos, proceder uma avaliação do grau de consciência em que se encontra a vítima (NITRINI, 2015).

Outra doença que é comum nas emergências é a epilepsia, que é um conjunto de sintomas originados de uma descarga elétrica anômala e abrangente nos neurônios cerebrais, com um grande número de causas. Na maioria das vezes não

conseguimos determinar a causa e nesses casos chamamos de epilepsias essenciais, com tendência a considerá-las como uma predisposição hereditária. As causas mais comuns são traumas de parto, onde a criança demora para nascer, ou mesmo o parto se processa de forma traumática, levando a hemorragias intracranianas (AMANTE, 2016).

Dentre os fatores desencadeantes das crises convulsivas, temos as luzes na forma de lampejos intermitentes e as sonoras. Algumas crises ocorrem praticamente em períodos menstruais e durante o sono. Nesses casos as alterações fisiológicas desses estados, devem atuar desencadeando as crises. Fatores emocionais, uso de álcool e drogas e a interrupção de medicamentos controladores das crises, são fatores desencadeantes importantes (ALVES, 2015).

Muitos pacientes relatam que antes de apresentarem as crises, começam a sentir tremores localizados e involuntários, que se alastram para o resto do corpo. Relatam ainda visão de escotomas cintilantes (ver estrelas), alucinações, ilusões visuais, auditivas, gustativas, olfativas, alteração repentina do humor, etc. Essas manifestações iniciais chamam-se aura e são seguidas das convulsões conhecidas como tônico-clônicas, caracterizando o que se convencionou chamar de grande mal epilético (FEITOZA, 2017).

Essas crises podem não apresentar esses sintomas iniciais e começar abruptamente com a perda da consciência, um grito, a queda do indivíduo ao solo, seguindo-se uma fase de contração muscular em extensão dos membros e depois fase de tremores. Alguns minutos após, as contrações param e o indivíduo relaxa com uma enorme fadiga e apresenta confusão mental, dor de cabeça, vertigem, às vezes náuseas e vômitos que podem durar até 10 minutos após a crise. O diagnóstico clínico é feito basicamente em cima de uma boa história colhida, não do paciente, mas do acompanhante, mesmo porque as crises geralmente fazem o paciente perder a consciência e associado ao estado de confusão mental que a sucede, faz com que o paciente seja um mau informante (MALTA, 2015).

O enfermeiro, assim que receber o paciente nessas condições, deve desabotoar golas de camisa e gravatas e proceder a desobstrução das vias aéreas. É importante não permitir que a língua permaneça enrolada, sob o risco de sufocação.

Segurar a vítima deitada com a preocupação de evitar que a mesma se debata e conseqüentemente venha a se ferir. Os outros cuidados são no sentido de não permitir que durante a convulsão ele se machuque, protegendo a cabeça e colocando um pano na sua boca, para não machucar a língua. Devemos estar junto dele e impedir que aspire o vômito, ou que a saliva penetre pela via aérea, asfixiando o doente (MAGALHÃES, 2015).

Diante dessas patologias encontramos nas pesquisas que o coma também se enquadra em uma emergência neurológica. O coma é um estado clínico reversível ou não, onde ocorre uma diminuição ou perda da consciência, podendo durar horas ou vários dias, trata-se de uma urgência médica e o paciente necessita de cuidados constantes para manter suas funções vitais. O coma para efeitos de cuidados médicos e reavaliações diárias é classificado de acordo com os sinais e sintomas apresentados (BARROS, 2018).

No grau I, o indivíduo apresenta-se torporoso com depressão do nível de consciência, mas frente a estímulos, fica alerta abrindo e fechando os olhos e fala. No grau II, também chamado de coma superficial, o paciente não está mais consciente e não fica alerta quando solicitado. As respostas aos estímulos dolorosos são incompletos. No grau III, também chamado de coma profundo, há uma completa perda de consciência e das respostas motoras a estímulos dolorosos. Quando há respostas, elas são indicativas de descerebração (morte cerebral) (FEITOZA, 2017).

Essas pessoas não conseguem automaticamente regular as funções respiratórias e cardiocirculatórias, precisam de aparelhos para sobreviver. No grau IV, é onde o indivíduo só se mantém vivo às custas de aparelhos. Todos os reflexos são abolidos e geralmente essas pessoas chegam ao óbito rapidamente ou após vários meses (STONE, 2016).

Normalmente não conseguimos conversar com o paciente e colher dele uma história que nos permita chegar ao diagnóstico do que o levou ao estado de coma, e por isso as informações dão colhidas com o acompanhante. A eles fazemos todos os tipos de perguntas que achamos necessárias. Como o modo de instalação, se foi rápido ou lento, se o paciente se queixava de dores de cabeça, vômitos, febre, se fazia uso de álcool, drogas ou remédios controlados, etc. a idade da pessoa, os

antecedentes de doenças familiares e enfim, tudo aquilo que normalmente é feito numa anamnese, perguntamos aos familiares, pois todos os dados serão importantes para chegar à causa e ao diagnóstico, que por sua vez orientarão o tratamento (TREVISAN, 2015).

O coma de instalação muito rápido, por exemplo em pessoa com antecedentes familiares, hipertensos, diabéticos e com idade mais avançada, sugerem fortemente um AVC (Acidente Vascular Cerebral). Por outro lado aquelas que se instalam lenta e progressivamente, sugerem tumores intracranianos. Dores de cabeça persistentes, de intensidade crescente, acompanhada de vômitos também são indicativos de tumores. As dores de cabeça súbitas, com sinais de irritação meníngea, sugerem hemorragias subaracnóideas. Dores de cabeça, vômitos, febre e fotofobia sugerem tratar-se de meningite (CYRILLO, 2015).

A história do paciente é sempre de fundamental importância e muitas vezes é impossível de ser colhida. A única coisa que o examinador possui é o exame físico do paciente. Nesses casos o profissional terá que se desdobrar e não perder nenhum detalhe. Entre muitas outras causas do coma, podemos destacar: AVC, TCE, overdose de drogas ou álcool, deficiência na circulação cerebral, pela deficiência no processo de irrigação sanguínea do cérebro, pode-se atingir o quadro clínico de estado de coma (MANTOVANI, 2015).

Os sintomas mais frequentes neste estágio são: redução da frequência cardíaca, com a perda de capacidade de bombeamento do fluxo sanguíneo pelo coração, em razão da hipovolemia; pulsação acelerada, insuficiência renal, hepática e dos demais órgãos vitais, de forma aguda ou crônica, o diabetes e a septicemia, que é a infecção generalizada do sangue. Tendo como causa a septicemia, surgem como sintomas as convulsões, febre alta e alteração dos sinais vitais (CARNEIRO, 2015).

O coma é uma urgência médica e o paciente além do pronto atendimento, deve receber cuidados intensivos. O ideal é colocá-lo num UTI. Já instalado, deve-se colocar o soro para manter uma veia de bom calibre permeável à utilização de medicamento injetáveis. O tratamento será mais ou menos agressivo, de acordo com o grau do coma em que se encontra e isso só será feito após uma avaliação minuciosa

do estado do paciente (AMANTE, 2016).

Em seu estudo (Trevisan, 2015) traz também como patologia neurológica importante o Traumatismo cranioencefálico/concussão cerebral, que é o resultado do impacto que a caixa craniana sofre contra objetos duros na maioria das vezes ou então do súbito deslocamento do cérebro dentro da caixa, como resultado, por exemplo, de paradas bruscas do movimento. As causas do mundo de hoje são principalmente os acidentes automobilísticos responsáveis pela maior causa de morte e uma grande fonte de preocupação das autoridades competentes.

O indivíduo com TCE quase sempre exibe outras complicações nos demais órgãos do corpo, que tanto quanto as lesões do sistema nervoso central, merecem atenção especial e com urgência, apresenta-se politraumatizado, com mau aspecto, com vários sinais de sangramento pelo corpo, ou mesmo sem nenhum sinal aparente de lesão (STONE, 2016).

O diagnóstico na maioria das vezes é simples, basta observar o paciente no estado em que se encontra. Quando chega inconsciente, normalmente o acompanhante relata com detalhes a história que o levou àquele estado. Quando a pessoa é vítima de acidente, é recomendável ser examinada por inteiro, por vários especialistas, buscando lesões em outros locais do corpo, que muitas vezes passam despercebidas e que horas após são as responsáveis pelo óbito do paciente, apesar de o tratamento neurológico ter sido um sucesso (CALIL, 2017).

Outra patologia encontrada é o trauma raquimedular, que é uma lesão de coluna e se torna mais grave quando atinge a medula espinhal, com secção e perda completa dos movimentos dos membros. As lesões de coluna mais comuns são da região dorsal (53%), seguindo-se em ordem de frequência a lombar com (27%) e a cervical (20%) e as causas em ordem de frequência são os acidentes automobilísticos (50%), armas de fogo (20%), quedas (20%), natação e prática de surfe (10%) e outros (7%). Os traumatismos de coluna podem ser abertos ou fechados. Abertos são quando a lesão se dá por algum objeto que perfure ou abra um trajeto até a coluna, como por exemplo as armas de fogo e armas brancas (faca). Nos fechados as lesões ocorrem por tração, compressão com torção de coluna, lesando a medula e correspondem à maioria dos casos de traumatismos nesse local (SOUSA, 2016).

Os sinais e sintomas de que houve uma lesão com secção medular são principalmente um abalo emocional enorme, conseqüente ao medo que o indivíduo apresenta em saber que não poderá mais se locomover, sem o auxílio de aparelhos ortopédicos e a perda dos movimentos e da sensibilidade dos membros. Dependendo do local onde ocorreu a secção medular, estará comprometido somente um lado do corpo, os 2 membros inferiores ou os membros inferiores e superiores e até a capacidade de respirar espontaneamente, quando a lesão é muito alta na coluna cervical (CALIL, 2017).

Para se fazer o diagnóstico, devemos ter um grande cuidado na movimentação dessas pessoas, porque acidentes que anteriormente são apenas traumatismos de coluna sem lesão medular, como o transporte improprio ou no próprio hospital com excesso de manuseio, transformam-se em traumatismo raquimedular. O raio X é o exame mais importante e é feito nas posições anteroposterior (AP) e perfil, sem no entanto virar o paciente. É o raio X que se adaptará ao doente (FEITOZA, 2017).

O paciente quando chega ao hospital, deve ser recebido com cautela e não deixar que o manuseie muito, como tirar as roupas de forma tradicional. É melhor que essas sejam cortadas, se não houver outra maneira melhor de trocá-las, sem movimentar o paciente. Devemos observar logo se suas condições respiratórias estão satisfatórias, se respira espontaneamente ou se há algo obstruído. Se houver, lançamos mão de respiradores artificiais (ALVES, 2015).

Nos traumatismos da coluna a nível cervical, essas lesões são geralmente por hiperflexão, sendo, portanto, indicado colocar o paciente sob tração por meio de uma garra de Gardner, com peso de até 15% de seu peso corporal e elevação do decúbito em 15 graus. Os traumatismo lombares geralmente são mais leves e são quase sempre conseqüentes a deslocamentos no sentido lateral e anteroposterior e tendem a curar espontaneamente, com repouso absoluto em cama dura e de barriga para cima (TREVISAN, 2015).

5 CONCLUSÃO

As áreas de urgência e emergência constituem-se em um componente essencial da assistência à saúde. O aumento dos casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade nos últimos anos.

Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos com internações hospitalares, pelo crescimento da taxa de mortalidade, pelas internações nas UTI's e pela alta taxa de permanência hospitalar destes pacientes.

O presente estudo destaca a atuação do enfermeiro no atendimento aos indivíduos acometidos pelas patologias neurológicas, evidenciado como primeira causa de mortalidade na população mundial e responsáveis por um elevado número de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida e impactos econômicos para a sociedade. Neste sentido, o enfermeiro exerce papel fundamental na equipe multidisciplinar na assistência ao paciente.

O atendimento inicial e a classificação de risco devem ser realizados de maneira integral, com avaliação dos principais sinais e sintomas provenientes da doença, histórico patológico pregresso e início das manifestações.

É essencial que o profissional tenha sua conduta baseada em protocolos e diretrizes clínicas, visto que esses instrumentos definem as principais manifestações clínicas da doença e indicam o melhor tratamento para que o cuidado seja respaldado por evidências científicas, com o objetivo de alcançar os melhores resultados.

REFERÊNCIAS

ALVES D, Koizumi MS. **Escala de Coma de Glasgow: tempo de reavaliar seu uso em serviços de emergência.** Acta Paul Enf 2015; 12:92-100.

ALVES M, Ramos FRS, Penna CMM. **O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência.** Texto Contexto Enf 2015; 14:323-31.

AMANTE LN, Rossetto AP, Schneider DG. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta.** Rev Esc Enf USP 2016; 43:54-64.

BARROS ALBL (ed.). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto.** Porto Alegre: Artmed, 2018, 440p.

CALDAS, C. P. et al. **Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos.** Jornal brasileiro de economia da saúde. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 62-69, 2015.

CALIL, ANA MARIA; PARANHOS, WANA YEDA. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência.** São Paulo: Editora Atheneu, 2017.

CARNEIRO, R.F. et al. **Conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do Acidente Vascular Encefálico.** Revista Tendências da Enfermagem Profissional, Fortaleza, v.7, n.1, p.1475-1480, 2015.

CARPENTER, C. R.; PLATTS-MILLS, T. F. **Evolução pré-hospitalar, departamento de emergência, e modelos de gestão de "pacientes internados" para emergências geriátricas.** Clínicas em medicina geriátrica. Filadélfia, v. 29, n. 1, pág. 31-47, 2020.

CINTRA EA, Nishide VM, Nunes WA. **Assistência de Enfermagem ao paciente crítico.** São Paulo: Atheneu; 2017, 671p.

COBAN, E. et al. **Características, diagnóstico e evolução dos pacientes encaminhados para um especialista clínica de emergência de neurologia:**

estudo observacional prospectivo. Anais da medicina saudita. Riade, v. 36, n. 1, pág. 51-56, 2016.

CYRILLO, R. M. Z. **Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel.** 2015 (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2015.

FEITOZA DS, Freitas MC, Silveira RE. **Traumatismo cranioencefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI.** Rev Eletr Enf 2017; 6:223-33.

GOVONI, V. et al. **A consulta neurológica urgente na população da província de Ferrara, Itália.** Ciências Neurológicas. Milano, v. 39, p. 1253-1259, julho de 2018.

LIU, C. Y. et al. **Doenças neurológicas comuns que envolvem ligações com pacientes internados em um Hospital de referência secundário em Taiwan: um estudo transversal retrospectivo.** J Clin Neurol. v. 12, n. 1, pág. 93-100, 2016.

MAGALHÃES, H. M. **Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada de urgência e emergência.** In: MELO, M. C. B.; VASCONCELLOS, M. C. (Org.). Manual de Atenção às Urgências e Emergências em Pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, p. 375-386, 2015.

MALTA, D.C. et al. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2015.** Rev. Bras. Epidemiol. v.18, p.3-16, 2015.

MANTOVANI, M. **Ligas de Trauma - Suporte Básico e Avançado de Vida no Trauma.** São Paulo: Ed Atheneu, 2015.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. **Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 338-342, Junho 2015.

NITRINI R, Bacheschi L. A. **A neurologia que todo médico deve saber.** 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2015.

RIBEIRO, R. M. **Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-atendimento de um hospital de ensino.** REME (Impresso): revista mineira de enfermagem. Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 533-538, Julho/Setembro 2017.

RIBEIRO, R. M. et al. **Caracterização dos pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na emergência.** Arquivos de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto, v. 23, n. 4, p.78-82, 2017.

SANOSSIAN, N. et al. **Utilização de Neuroimagem Emergente para Elegível à Trombólise Pacientes com AVC.** Jornal de neuroimagem. Boston, v. 27, n. 1, pág. 59-64, 2017.

SARMENTO, S. D. G. et al. **Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência.** Cogitare enfermagem. Curitiba, v. 22, n. 2, p. 01-08, Abril/Junho 2017.

SOUSA, R.M.C.; CALIL, A.M.; PARANHOS, W.Y.; MALVESTIO, M.A. **Atuação no Trauma: uma abordagem para a enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

SOUSA RM, Regis FC, Koizumi MS. **Traumatismo crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor.** Rev Saúde Pub 2016; 33:85-94.

STONE, C.K. **Emergências neurológicas.** In: STONE, C.K.; HUMPHRIES, R.L. Current medicina de Emergência: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed. Cap. 37, 2016. p.620-647.

TREVISAN, C.M. et al. **Aspectos clínicos relevantes de pacientes com urgências neurológicas na emergência hospitalar: implicações para o serviço público de saúde.** Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.14, n.2, p.171-176, 2015.

UKKONEN, M. et al. **Visitas ao departamento de emergência em pacientes mais velhos: uma pesquisa de base populacional.** Medicina de emergência BMC. Londres, v. 19, n. 1, 2019.