



TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA, EDUCAÇÃO PERMANENTE E DESEMPENHO MULTIPROFISSIONAL NO RECONHECIMENTO PRECOCE DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL

CLINICAL DECISION-MAKING, CONTINUING EDUCATION AND MULTIPROFESSIONAL PERFORMANCE IN THE EARLY RECOGNITION OF ISCHEMIC STROKE: CONTEMPORARY CHALLENGES IN EMERGENCY CARE

Leonardo de Oliveira Rocha

e-mail: leo.rochax@hotmail.com

ORCID-ID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0006-9643-2327>

Gabriela Plazzi Sarmenghi

<https://orcid.org/0009-0001-7880-9438>

Ana Cristina Carvalho Santos

<https://orcid.org/0009-0004-3221-1213>

Giovanna de Pina Cerqueira

0009-0009-5913-7988

Alexandre Souza Dias Filho

<https://orcid.org/0009-0008-7221-0249>

Erasmus Marim Júnior

Andre Persiano Schamache Eikeset

<https://orcid.org/0009-0006-4487-2451>

Eduardo Silva Martins

0009-0002-0525-0108

Ana Luiza Bastos

<https://orcid.org/0009-0006-6464-144X>

Article Info: 8 August 2026, Revised: 17 August 2026, Accepted: 17 August 2026, Published: 18 August 2026

Corresponding author:

Leonardo de Oliveira Rocha, leo.rochax@hotmail.com, ORCID-ID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0006-9643-2327>

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) permanece entre as principais causas de morbimortalidade e incapacidade funcional no cenário mundial, configurando-se como uma emergência neurológica tempo-dependente cuja abordagem precoce exerce influência direta sobre os desfechos clínicos e funcionais. Nesse contexto, a atuação integrada da equipe multiprofissional, associada a estratégias estruturadas de educação permanente em saúde, constitui elemento essencial para o reconhecimento oportuno dos sinais clínicos e para a implementação rápida das intervenções terapêuticas. O presente estudo objetivou analisar a contribuição da educação permanente e da organização multiprofissional do cuidado, com destaque para a atuação médica, no reconhecimento precoce do AVCi em serviços de urgência e emergência. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, delineamento descritivo e exploratório, fundamentada na análise crítica de literatura científica nacional e internacional, diretrizes clínicas e protocolos institucionais publicados entre 2021 e 2026. Os resultados evidenciaram que programas permanentes de capacitação profissional, associados ao uso sistematizado de protocolos assistenciais e à comunicação interdisciplinar efetiva, contribuem para a redução do tempo-resposta, ampliam a elegibilidade terapêutica para trombólise intravenosa e trombectomia mecânica e favorecem a diminuição da morbimortalidade relacionada ao AVCi. Observou-se, adicionalmente, que o conhecimento insuficiente da população acerca dos sinais e sintomas do AVC permanece como importante fator limitante para o diagnóstico precoce, impactando negativamente o prognóstico funcional. Conclui-se que a educação permanente, associada ao fortalecimento da atuação multiprofissional e à centralidade da tomada de decisão médica baseada em evidências, constitui estratégia fundamental para qualificação da assistência e melhoria dos desfechos clínicos relacionados ao AVCi.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral isquêmico; educação permanente em saúde; emergência neurológica; equipe multiprofissional; tomada de decisão clínica.

ABSTRACT

Ischemic stroke remains one of the leading causes of morbidity, mortality and functional disability worldwide, representing a time-dependent neurological emergency in which early care directly influences clinical and functional outcomes. In this context, integrated multiprofessional practice, combined with structured continuing health education strategies, is essential for timely recognition of clinical signs and rapid implementation of therapeutic interventions. This study aimed to analyze the contribution of continuing education and multiprofessional care organization, with emphasis on medical practice, to the early recognition of ischemic stroke in emergency services. This is a narrative literature review, with a qualitative, descriptive and exploratory design, based on the critical analysis of national and international scientific literature, clinical guidelines and institutional protocols published between 2021 and 2026. The findings indicated that permanent professional training programs, associated with the systematic use of care protocols and effective interdisciplinary communication, contribute to reducing response time, improving eligibility for intravenous thrombolysis and mechanical thrombectomy, and reducing morbidity and mortality related to ischemic stroke. In addition, insufficient public knowledge about stroke signs and symptoms remains an important limiting factor for early diagnosis, negatively affecting functional prognosis. It is concluded that continuing education, combined with strengthened multiprofessional performance and evidence-based medical decision-making, constitutes a fundamental strategy for improving care quality and clinical outcomes in ischemic stroke.

Keywords: ischemic stroke; continuing health education; neurological emergency; multiprofessional team; clinical decision-making.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa um dos mais relevantes desafios epidemiológicos, clínicos e assistenciais da contemporaneidade, permanecendo entre as principais causas de mortalidade, incapacidade funcional permanente e comprometimento da qualidade de vida em escala global. Além de sua elevada carga de morbimortalidade, o AVC impõe repercussões econômicas, sociais e psicossociais aos indivíduos acometidos, às famílias e aos sistemas de saúde, constituindo prioridade estratégica para políticas públicas e para a organização das redes de atenção às urgências e emergências (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2022).

Entre as formas clínicas da doença cerebrovascular, o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) representa a maior proporção dos casos diagnosticados e caracteriza-se pela interrupção abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, geralmente secundária à obstrução arterial. A natureza tempo-dependente dessa condição estabelece relação direta entre rapidez diagnóstica, implementação terapêutica e prognóstico funcional, consolidando o princípio amplamente reconhecido de que “tempo é cérebro” (POWERS et al., 2019).

No atendimento emergencial, a suspeita de AVCi exige integração assistencial, comunicação efetiva e tomada de decisão rápida. A atuação médica assume papel central na definição diagnóstica, na estratificação clínica, na indicação terapêutica e na avaliação da elegibilidade para terapias de reperfusão, como trombólise intravenosa e trombectomia mecânica, sempre em consonância com critérios clínicos, laboratoriais e de neuroimagem (BRASIL, 2021; POWERS et al., 2019).

A efetividade da assistência, entretanto, não se limita ao ato decisório médico. O reconhecimento precoce dos sinais clínicos inicia-se frequentemente nos primeiros contatos assistenciais realizados por profissionais de enfermagem, equipes pré-hospitalares e demais integrantes da rede de urgência. Dessa maneira, a organização multiprofissional do cuidado emerge como componente estruturante para reduzir atrasos, otimizar fluxos e ampliar a segurança do paciente (BRANDÃO; LANZONI; PINTO, 2023).

A educação permanente em saúde apresenta-se como estratégia indispensável para o fortalecimento das competências clínicas, técnicas, comunicacionais e organizacionais dos profissionais envolvidos no cuidado emergencial. Ao promover processos contínuos de aprendizagem vinculados a problemas reais do cotidiano do trabalho, contribui para aprimorar o raciocínio clínico, a padronização de condutas e a capacidade de resposta diante de eventos neurológicos agudos (CAVALCANTE et al., 2022; SOUZA et al., 2026).

Estudos recentes indicam que equipes submetidas a programas estruturados de capacitação tendem a apresentar maior precisão na identificação precoce de sinais neurológicos, redução de tempos assistenciais e

melhor articulação entre triagem, avaliação médica, neuroimagem e tratamento especializado (SARAIWA et al., 2025; CAPAVERDE; MONTEIRO, 2024).

Paralelamente, a baixa difusão social do conhecimento sobre sinais e sintomas do AVC permanece como barreira crítica. Muitos pacientes e familiares não reconhecem manifestações como assimetria facial, alteração súbita da fala e perda de força em um lado do corpo, retardando a busca por atendimento e reduzindo a possibilidade de tratamento dentro da janela terapêutica (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2022).

Diante desse cenário, torna-se pertinente aprofundar as interfaces entre educação permanente, tomada de decisão médica, atuação multiprofissional e organização dos fluxos assistenciais. O presente estudo parte da premissa de que a qualificação contínua dos profissionais, associada a protocolos baseados em evidências e à comunicação interprofissional, constitui estratégia essencial para a melhoria da qualidade assistencial e dos desfechos clínicos no AVCi.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a influência da educação permanente e da atuação multiprofissional, com destaque para a prática médica, no reconhecimento precoce do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em serviços de urgência e emergência.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a relevância da educação permanente para a qualificação das equipes de emergência;
- Analisar o papel do médico na tomada de decisão clínica diante da suspeita de AVCi;
- Avaliar a contribuição da enfermagem e da equipe multiprofissional na identificação precoce dos sinais neurológicos;
- Examinar a utilização de protocolos assistenciais no manejo do AVCi;
- Discutir o impacto do desconhecimento populacional sobre o prognóstico dos pacientes acometidos por AVC isquêmico;
- Investigar a influência da organização dos fluxos assistenciais na redução do tempo-resposta e na melhoria dos desfechos clínicos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão narrativa da literatura, desenvolvido sob abordagem qualitativa, com delineamento descritivo e exploratório. A escolha desse método fundamentou-se na possibilidade de integrar evidências científicas contemporâneas acerca das interfaces entre educação permanente em saúde, tomada de decisão clínica, organização multiprofissional e reconhecimento precoce do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em contextos assistenciais de urgência e emergência.

A abordagem qualitativa mostrou-se adequada por permitir a compreensão de fenômenos complexos relacionados aos processos de trabalho, à educação em saúde, à organização assistencial e às práticas clínicas em ambientes hospitalares de alta complexidade. O delineamento descritivo possibilitou caracterizar os elementos envolvidos na assistência ao paciente acometido por AVCi, enquanto o caráter exploratório favoreceu a ampliação da compreensão acerca das estratégias de qualificação profissional e seus impactos sobre os desfechos clínicos.

A pesquisa bibliográfica foi conduzida mediante consulta às bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e documentos oficiais disponibilizados por instituições governamentais e sociedades científicas médicas. Foram priorizadas publicações completas, diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e documentos normativos relacionados ao manejo do AVCi, educação permanente, cuidado multiprofissional e tomada de decisão em emergência neurológica.

Foram considerados estudos publicados entre janeiro de 2021 e abril de 2026, buscando contemplar evidências atualizadas e alinhadas às recomendações contemporâneas. Documentos clássicos e diretrizes internacionais anteriores a esse recorte foram mantidos quando apresentaram relevância metodológica, clínica ou normativa para a compreensão do objeto de estudo, como as recomendações da American Heart Association/American Stroke Association para o manejo inicial do AVC isquêmico agudo (POWERS et al., 2019).

Foram utilizados descritores em português e inglês, combinados por operadores booleanos: “Acidente Vascular Cerebral Isquêmico”, “AVC isquêmico”, “Stroke”, “Ischemic Stroke”, “Educação Permanente em Saúde”, “Continuing Education”, “Emergency Care”, “Medical Decision-Making”, “Multiprofessional Team”, “Stroke Protocol”, “Early Recognition” e “Neurological Emergency”.

Os critérios de inclusão contemplaram artigos científicos completos, revisões integrativas, revisões narrativas, estudos observacionais, protocolos assistenciais, diretrizes clínicas e documentos institucionais publicados em português, inglês ou espanhol, desde que apresentassem aderência direta aos objetivos do estudo.

Foram excluídos estudos duplicados, publicações sem texto completo, editoriais, cartas ao editor, resumos simples e materiais sem relação objetiva com a temática investigada.

A análise dos dados ocorreu por leitura crítica, categorização temática e interpretação comparativa dos achados. As categorias analíticas foram definidas a partir da recorrência dos temas na literatura e organizadas nos seguintes eixos: educação permanente em saúde; reconhecimento precoce do AVCi; tomada de decisão médica; atuação multiprofissional; protocolos assistenciais; organização de fluxos hospitalares; desconhecimento populacional; e prognóstico clínico-funcional.

Para reduzir vieses de seleção e interpretação, procedeu-se à triangulação de fontes, comparando estudos empíricos, revisões, protocolos clínicos e documentos institucionais. Também se buscou preservar a coerência entre as citações no corpo do texto e as referências listadas, evitando generalizações não sustentadas pela literatura analisada.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico como emergência tempo-dependente

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico configura-se como uma das mais relevantes emergências neurológicas, sendo caracterizado pela interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral em decorrência de obstrução arterial. Esse evento desencadeia hipoperfusão cerebral, alterações metabólicas, cascatas inflamatórias e mecanismos excitotóxicos capazes de culminar em dano neuronal progressivo e potencialmente irreversível quando não há reconhecimento e intervenção em tempo oportuno (BRASIL, 2021; POWERS et al., 2019).

A compreensão contemporânea do AVCi sustenta-se no conceito de núcleo isquêmico e penumbra isquêmica. Enquanto o núcleo representa a área de dano celular mais grave, a penumbra corresponde ao tecido cerebral funcionalmente comprometido, porém ainda potencialmente recuperável mediante reperfusão precoce. Esse fundamento fisiopatológico explica a urgência de reduzir atrasos em todas as etapas assistenciais (POWERS et al., 2019).

A literatura internacional consolidou a expressão “time is brain” para demonstrar que a demora na restauração do fluxo sanguíneo cerebral está associada à perda progressiva de tecido neural e ao aumento do risco de incapacidade. Dessa forma, o intervalo entre o início dos sintomas, a chegada ao serviço de emergência, a realização de neuroimagem e a definição terapêutica deve ser continuamente monitorado como indicador de qualidade assistencial (POWERS et al., 2019).

Dados globais da World Stroke Organization evidenciam que o AVC permanece entre as principais causas de morte e incapacidade, com carga particularmente expressiva em países de baixa e média renda. A magnitude epidemiológica da doença reforça a necessidade de sistemas de cuidado organizados, capazes de articular prevenção, reconhecimento precoce, tratamento agudo e reabilitação (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2022).

No Brasil, o AVC representa importante causa de internação hospitalar, mortalidade e dependência funcional, exigindo estruturação de linhas de cuidado e protocolos que favoreçam o acesso rápido ao diagnóstico e ao tratamento. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo reforça a necessidade de avaliação imediata, neuroimagem em tempo oportuno e definição criteriosa da elegibilidade para terapias de reperfusão (BRASIL, 2021).

Assim, o reconhecimento do AVCi como condição tempo-dependente impõe aos serviços de urgência o desafio de organizar equipes, fluxos, recursos diagnósticos e decisões terapêuticas de modo sincronizado. A efetividade do cuidado depende menos de ações isoladas e mais da capacidade institucional de integrar processos assistenciais complexos em curto intervalo de tempo.

4.2 Educação permanente e qualificação das equipes de emergência

A educação permanente em saúde consolidou-se como instrumento de transformação dos processos assistenciais e fortalecimento das práticas profissionais baseadas em evidências. Diferentemente de ações pontuais de treinamento, a educação permanente pressupõe aprendizagem situada, construída a partir dos problemas concretos do trabalho, da reflexão crítica sobre a prática e da incorporação de melhorias no cotidiano institucional (BRASIL, 2018).

Nos serviços de urgência e emergência, onde predominam imprevisibilidade, pressão temporal e alta complexidade clínica, a atualização permanente das equipes torna-se requisito para a segurança do paciente. No AVCi, essa necessidade é ainda mais evidente, pois a falha no reconhecimento inicial ou no acionamento do protocolo pode comprometer a janela terapêutica e reduzir a possibilidade de recuperação funcional (CAVALCANTE et al., 2022).

A capacitação continuada favorece o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e comunicacionais. Entre essas competências destacam-se a identificação de déficits neurológicos súbitos, o domínio de escalas de triagem, a comunicação objetiva entre profissionais e a compreensão dos critérios clínicos que direcionam a avaliação médica e a realização de neuroimagem (CAPAVERDE; MONTEIRO, 2024).

Programas de educação permanente que utilizam simulação realística, discussão de casos, auditoria de tempos assistenciais e treinamento interprofissional tendem a produzir maior adesão aos protocolos e maior segurança na tomada de decisão. A aprendizagem baseada em cenários permite que médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e demais profissionais reconheçam seus papéis e limites dentro do fluxo assistencial.

A educação permanente também atua como ferramenta de gestão da qualidade, pois possibilita identificar gargalos, revisar rotinas e promover cultura institucional orientada por indicadores. No cuidado ao AVCi, indicadores como tempo porta-imagem, tempo porta-agulha e tempo porta-reperusão devem ser acompanhados de forma sistemática, com devolutiva às equipes e revisão contínua dos processos (BRANDÃO; LANZONI; PINTO, 2023).

A literatura demonstra que a educação permanente não deve ser compreendida apenas como transmissão de conteúdos, mas como processo ético-político de qualificação do cuidado. Ao ampliar a capacidade de resposta dos profissionais, contribui para reduzir desigualdades no acesso ao tratamento oportuno e para fortalecer a responsabilidade coletiva diante de emergências neurológicas tempo-dependentes (SOUZA et al., 2026).

4.3 A centralidade da atuação médica no reconhecimento e na tomada de decisão clínica no AVC isquêmico

A atuação médica constitui eixo estruturante da assistência ao AVC isquêmico, especialmente em razão da necessidade de integrar raciocínio clínico, interpretação diagnóstica, estratificação prognóstica e definição terapêutica baseada em evidências. Em ambiente de emergência, o médico deve reconhecer rapidamente a suspeita clínica, excluir condições mimetizadoras e conduzir a investigação inicial de forma compatível com a urgência do quadro (BRASIL, 2021).

A avaliação médica inicial deve contemplar a determinação precisa do horário de início dos sintomas ou do último momento em que o paciente foi visto bem, a análise dos déficits neurológicos, a verificação de contraindicações terapêuticas, o controle de parâmetros clínicos e a solicitação imediata de exames de imagem. Essa sequência decisória é decisiva para definir elegibilidade à trombólise intravenosa e à trombectomia mecânica (POWERS et al., 2019).

A trombólise intravenosa requer julgamento clínico criterioso, pois envolve ponderação entre benefício potencial de reperusão e risco hemorrágico. A decisão deve considerar janela terapêutica, achados de neuroimagem, pressão arterial, uso de anticoagulantes, comorbidades e gravidade neurológica. Portanto, a rapidez decisória não pode prescindir de rigor técnico e segurança clínica (BRASIL, 2021; POWERS et al., 2019).

O avanço das terapias endovasculares ampliou a complexidade do manejo do AVCi, exigindo integração entre emergencistas, neurologistas, neurorradiologistas, intensivistas, anesthesiologistas e equipes de suporte. A definição de encaminhamento para trombectomia mecânica depende de avaliação clínica, critérios radiológicos e disponibilidade de centros habilitados, o que reforça a importância das redes regionalizadas de atenção (BRASIL, 2021).

A educação permanente direcionada ao corpo médico assume relevância estratégica, uma vez que diretrizes clínicas, critérios de elegibilidade, tecnologias diagnósticas e alternativas terapêuticas sofrem atualizações periódicas. A formação continuada reduz variações injustificadas de conduta e favorece decisões mais consistentes em cenários de alta pressão temporal.

Embora a decisão médica seja central, ela não se realiza isoladamente. A qualidade da decisão depende da precisão das informações fornecidas pela triagem, da comunicação interprofissional, da disponibilidade de neuroimagem, da resposta laboratorial e da organização institucional. Assim, a prática médica no AVCi deve ser compreendida como núcleo decisório articulado a uma rede multiprofissional de cuidado.

4.4 A contribuição da enfermagem e da equipe multiprofissional no reconhecimento precoce do AVC isquêmico

Embora a tomada de decisão terapêutica seja majoritariamente atribuída à atuação médica, o reconhecimento precoce dos sinais clínicos depende da integração entre diferentes profissionais. A organização multiprofissional constitui elemento fundamental para reduzir atrasos, qualificar a triagem, acelerar a realização de exames e viabilizar a implementação oportuna das terapias de reperfusão cerebral (BRANDÃO; LANZONI; PINTO, 2023).

A enfermagem ocupa posição estratégica nesse processo por frequentemente representar o primeiro contato do paciente com o serviço de emergência. A identificação de assimetria facial, déficit motor, alteração da fala, rebaixamento do nível de consciência, alterações sensitivas e início súbito dos sintomas permite acionar rapidamente o protocolo institucional e priorizar a avaliação médica especializada (SARAIVA et al., 2025).

O uso de instrumentos padronizados de avaliação neurológica, como Cincinnati Prehospital Stroke Scale, Face Arm Speech Test e National Institutes of Health Stroke Scale, contribui para uniformizar a linguagem clínica, ampliar a precisão do reconhecimento inicial e facilitar a comunicação entre os diferentes pontos da rede assistencial (POWERS et al., 2019).

A atuação multiprofissional amplia a integralidade do cuidado. A fisioterapia contribui para prevenção de complicações respiratórias e funcionais; a fonoaudiologia participa da avaliação da deglutição e da comunicação;

a farmácia clínica fortalece a segurança medicamentosa; a psicologia hospitalar oferece suporte emocional ao paciente e à família; e o serviço social auxilia na articulação de direitos, rede de apoio e continuidade do cuidado.

No cuidado ao AVCi, a atuação colaborativa reduz fragmentações assistenciais e favorece a transição entre emergência, unidade de AVC, terapia intensiva, enfermaria e reabilitação. A reabilitação precoce, quando indicada e segura, contribui para diminuir complicações e melhorar a funcionalidade, desde que conduzida com avaliação clínica adequada e comunicação entre os profissionais (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2022).

A literatura contemporânea reforça que modelos assistenciais colaborativos, baseados em equipes treinadas e protocolos compartilhados, estão associados à melhoria de indicadores como tempo porta-agulha, tempo porta-imagem, segurança do paciente, redução de complicações e maior possibilidade de recuperação funcional (BRANDÃO; LANZONI; PINTO, 2023).

4.5 Protocolos assistenciais e organização dos fluxos hospitalares

A implementação de protocolos assistenciais estruturados representa uma das principais estratégias para qualificar o atendimento ao paciente com suspeita de AVC isquêmico. A padronização das condutas reduz variabilidades, melhora a comunicação interprofissional, organiza prioridades e otimiza o uso de recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis (BRASIL, 2021).

O fluxo assistencial deve contemplar etapas claramente definidas, incluindo triagem inicial, classificação de risco, acionamento da equipe médica, realização de glicemia capilar, coleta de informações sobre início dos sintomas, solicitação de neuroimagem, avaliação de contraindicações e definição terapêutica. A eficiência dessas etapas influencia diretamente o prognóstico funcional do paciente.

Nos serviços organizados, os protocolos devem funcionar como dispositivos de integração, não como instrumentos rígidos e descontextualizados. A tomada de decisão precisa considerar o quadro clínico individual, os recursos disponíveis, os tempos assistenciais e a avaliação médica especializada, preservando a segurança do paciente e a coerência com as diretrizes vigentes (POWERS et al., 2019).

Tabela 1 – Fluxo assistencial multiprofissional no atendimento ao AVC isquêmico

Etapa	Profissional responsável	Objetivo assistencial
Triagem inicial	Enfermagem	Identificação precoce de sinais neurológicos súbitos.
Classificação de risco	Enfermagem e médico emergencista	Priorização do atendimento e acionamento do protocolo.
Avaliação clínica	Médico emergencista/neurologista	Definição diagnóstica, estratificação e exclusão de mimetizadores.
Neuroimagem	Radiologia/equipe médica	Confirmação diagnóstica e avaliação de elegibilidade terapêutica.
Definição terapêutica	Neurologista/equipe médica	Indicação de trombólise, trombectomia ou suporte clínico.
Monitorização	Enfermagem e medicina intensiva	Controle clínico, prevenção de complicações e segurança do paciente.
Reabilitação precoce	Equipe multiprofissional	Preservação funcional e planejamento da continuidade do cuidado.

Fonte: Elaborado com base em Brasil (2021), Powers et al. (2019), Brandão, Lanzoni e Pinto (2023) e World Stroke Organization (2022).

A utilização sistemática de protocolos institucionais permite monitorar tempos assistenciais e identificar pontos críticos do fluxo. Indicadores como tempo porta-tomografia, tempo porta-agulha e tempo porta-reperusão funcionam como marcadores de desempenho e devem orientar intervenções de melhoria contínua.

A incorporação de tecnologias digitais, sistemas de alerta, telemedicina e redes de regulação pode ampliar a capacidade diagnóstica e terapêutica em regiões com disponibilidade limitada de especialistas. Contudo, tais recursos somente produzem impacto quando associados a equipes treinadas, protocolos conhecidos e governança assistencial efetiva.

4.6 O desconhecimento populacional como fator prognóstico negativo

Apesar dos avanços científicos no tratamento do AVC isquêmico, o baixo conhecimento populacional sobre sinais e sintomas da doença permanece como fator prognóstico negativo. O atraso na busca por atendimento reduz a elegibilidade para terapias de reperusão e aumenta o risco de incapacidade permanente, dependência funcional e mortalidade (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2022).

A subvalorização de sintomas iniciais, como fraqueza súbita em um lado do corpo, alteração da fala, desvio de rima labial, perda visual ou desequilíbrio, pode levar pacientes e familiares a aguardarem melhora espontânea. Essa espera compromete a chegada em tempo oportuno aos serviços de urgência e dificulta a aplicação das intervenções indicadas dentro da janela terapêutica.

Fatores socioeconômicos, baixa escolaridade, barreiras geográficas, acesso limitado ao transporte sanitário e fragilidades da rede assistencial também interferem no tempo pré-hospitalar. Assim, o prognóstico do AVCi não depende apenas da tecnologia hospitalar disponível, mas também da capacidade da sociedade e da rede de saúde reconhecerem precocemente o evento neurológico.

Campanhas educativas permanentes, linguagem acessível, ações na atenção primária e capacitação de profissionais da rede pré-hospitalar devem ser incorporadas às políticas públicas. A difusão social do conhecimento sobre o AVC constitui medida de prevenção secundária indireta, pois favorece a procura imediata por atendimento e amplia a possibilidade de intervenção terapêutica eficaz (CAPAVERDE; MONTEIRO, 2024).

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Os achados analisados demonstram que o AVCi permanece como condição clínica cuja evolução depende diretamente da capacidade dos sistemas de saúde em produzir respostas rápidas, integradas e orientadas por evidências. A natureza tempo-dependente do evento exige que a assistência seja compreendida como cadeia de decisões sucessivas, na qual atrasos em uma etapa repercutem sobre todo o prognóstico.

A educação permanente mostrou-se componente estratégico para qualificação assistencial, não apenas por ampliar conhecimentos técnicos, mas por fortalecer cultura institucional de segurança, comunicação interprofissional e avaliação crítica dos processos de trabalho. Nesse sentido, capacitações isoladas tendem a ser insuficientes quando não se articulam a protocolos, auditoria de indicadores e revisão contínua dos fluxos.

A centralidade da atuação médica revelou-se particularmente importante no processo decisório relacionado à confirmação diagnóstica, exclusão de mimetizadores, indicação de terapias de reperfusão e coordenação clínica do cuidado emergencial. Entretanto, a efetividade dessa atuação depende diretamente da qualidade das informações produzidas pela equipe multiprofissional e da organização institucional que sustenta a tomada de decisão.

A enfermagem, por sua posição na triagem e no contato inicial, exerce função decisiva no reconhecimento precoce e no acionamento dos protocolos. Do mesmo modo, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, psicologia,

serviço social e demais áreas contribuem para uma linha de cuidado mais segura, integral e centrada na recuperação funcional do paciente.

Os dados analisados também evidenciam que o desconhecimento populacional permanece como barreira relevante. Mesmo quando o serviço hospitalar dispõe de recursos diagnósticos e terapêuticos, a chegada tardia do paciente reduz possibilidades de intervenção e amplia o risco de sequelas. Por isso, a educação em saúde dirigida à população deve ser compreendida como parte da própria estratégia de cuidado ao AVC.

Dessa forma, a associação entre protocolos assistenciais, educação permanente, tomada de decisão médica qualificada e organização multiprofissional constitui um dos principais determinantes para melhoria dos indicadores assistenciais. O desafio contemporâneo consiste em transformar diretrizes em práticas sustentáveis, mensuráveis e adaptadas à realidade concreta dos serviços de emergência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico permanece como importante desafio clínico, epidemiológico e organizacional para os sistemas contemporâneos de saúde. Sua natureza tempo-dependente exige elevada capacidade diagnóstica, tomada de decisão rápida, integração assistencial eficiente e continuidade do cuidado desde a triagem até a reabilitação.

A revisão evidenciou que a educação permanente em saúde constitui instrumento essencial para a qualificação dos profissionais envolvidos na assistência ao AVCi, promovendo fortalecimento das competências clínicas, aprimoramento dos processos assistenciais e melhoria da segurança do paciente. Quando associada à simulação, discussão de casos, auditoria de indicadores e treinamento interprofissional, essa estratégia favorece maior adesão aos protocolos e respostas mais coordenadas.

Destaca-se a relevância da atuação médica no processo de decisão clínica, diagnóstico diferencial e definição terapêutica, especialmente na avaliação de elegibilidade para trombólise intravenosa e trombectomia mecânica. Contudo, a efetividade do atendimento depende da atuação integrada da equipe multiprofissional, cuja contribuição é indispensável para reconhecimento precoce, estabilização, monitorização e recuperação funcional.

A utilização sistemática de protocolos institucionais, associada à capacitação contínua e ao fortalecimento das redes de atenção às urgências, mostra-se capaz de reduzir tempos assistenciais e ampliar a qualidade da assistência. Também se evidencia a necessidade de intensificar estratégias de educação em saúde voltadas à população, considerando que o atraso pré-hospitalar permanece como fator decisivo para pior prognóstico.

Conclui-se que a qualificação permanente dos profissionais de saúde, associada à implementação de protocolos estruturados, ao fortalecimento da tomada de decisão médica baseada em evidências e à consolidação de práticas multiprofissionais colaborativas, constitui elemento essencial para a melhoria dos desfechos clínicos relacionados ao AVCi. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas multicêntricas e avaliações institucionais capazes de mensurar o impacto desses processos sobre mortalidade, funcionalidade, tempo-resposta e segurança assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do acidente vascular cerebral isquêmico agudo.** Brasília: CONITEC, 2021.

BRANDÃO, P. C.; LANZONI, G. M. M.; PINTO, I. C. M. Gestão em rede no atendimento ao acidente vascular cerebral: revisão integrativa de literatura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 2, 2023.

CAPAVERDE, P. H.; MONTEIRO, W. M. S. Projeto EDUCAVC: estratégias de fortalecimento do conhecimento sobre acidente vascular cerebral. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 14, n. 3, 2024.

CAVALCANTE, C. P. et al. A educação em saúde como estratégia para redução das emergências hospitalares relacionadas ao acidente vascular encefálico. **Research, Society and Development**, São Carlos, v. 11, n. 13, 2022.

FREITAS, E. C. G. et al. Assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral atendido em unidades hospitalares: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 47, n. 2, 2024.

POWERS, W. J. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 Guidelines for the early management of acute ischemic stroke. **Stroke**, Dallas, v. 50, n. 12, p. e344-e418, 2019.

RIBEIRO, C. S. et al. **A importância do enfermeiro na identificação precoce dos primeiros sinais de acidente vascular encefálico na triagem da emergência.** Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2025.

SARAIVA, S. M. et al. Assistência de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral na emergência: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 1, p. 1-8, 2025.

SOUZA, A. M. L. B. et al. Educação permanente em saúde para o reconhecimento do AVC: estudo de intervenção. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, 2026.

WORLD STROKE ORGANIZATION. **Global Stroke Fact Sheet 2022**. Geneva: World Stroke Organization, 2022.