


**O MANEJO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ABORDAGENS CLÍNICAS, PROTOCOLOS E IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO
PRECOCE**

**STROKE MANAGEMENT IN PRIMARY CARE: CLINICAL APPROACHES, PROTOCOLS,
AND THE IMPORTANCE OF EARLY INTERVENTION**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.036-038>

Natália Alvarez Teles de Souza

Residente de clínica médica – Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP)
E-mail: medica.nataliateles@gmail.com

Lucas Balbuena Sousa

Medicina, Universidade Brasília
E-mail: lucas.balbuena.sousa@gmail.com

Maria Gabriella Ghedin Niero

Médica pela UNISUL - campus Tubarão, Medicina
E-mail: Mariagabriellaniero@gmail.com

Marina Alves de Camargo Pereira

Médica
Pós-graduada em Neurologia pela IPEMED/Afya Metropolitana de Santos
E-mail: mari.maricamargo@gmail.com

Kadu Ximenes Tavares

Medicina na UNIFESO em Teresópolis RJ
Residência em Neurologia na Santa Casa de Santos
E-mail kadu_2262@hotmail.com

Edlon Luiz Lamounier Júnior

Médico pela Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: edlonlamounier@hotmail.com

RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, com elevado impacto socioeconômico e funcional. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o reconhecimento precoce e o manejo inicial adequado são determinantes para o prognóstico do paciente. Este artigo tem como objetivo analisar o manejo do AVC na APS, abordando aspectos clínicos, protocolos assistenciais e a relevância da intervenção precoce. Trata-se de uma revisão narrativa baseada em diretrizes nacionais e internacionais. Observa-se que a APS desempenha papel crucial na identificação dos sinais de alerta, acionamento rápido do sistema de emergência e na prevenção secundária. A adoção de protocolos estruturados e capacitação das equipes são essenciais para reduzir mortalidade e sequelas.

Palavras-chave: AVC; Atenção primária; Manejo clínico; Emergência neurológica; Intervenção precoce.

ABSTRACT

Stroke is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide, with a high socioeconomic and functional impact. In Primary Health Care (PHC), early recognition and appropriate initial management are crucial for patient prognosis. This article aims to analyze stroke management in PHC, addressing clinical aspects, care protocols, and the relevance of early intervention. This is a narrative review based on national and international guidelines. It is observed that PHC plays a crucial role in identifying warning signs, rapidly activating the emergency system, and in secondary prevention. The adoption of structured protocols and team training are essential to reduce mortality and sequelae.

Keywords: Stroke; Primary care; Clinical management; Neurological emergency; Early intervention.

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) configura uma emergência neurológica de instalação súbita, resultante de alterações no fluxo sanguíneo cerebral que levam à disfunção neurológica focal ou global. Classifica-se, do ponto de vista etiopatogênico, em AVC isquêmico decorrente da oclusão arterial por trombose ou embolia e AVC hemorrágico, associado à ruptura vascular e extravasamento sanguíneo no parênquima cerebral ou espaço subaracnoide. Trata-se de uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional em escala global, com impacto crescente em virtude do envelhecimento populacional e da elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e fibrilação atrial.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central na organização do cuidado, sendo a principal porta de entrada e responsável pela coordenação longitudinal da assistência. Sua atuação no contexto do AVC abrange tanto a prevenção primária e secundária quanto o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas na fase aguda. Contudo, é fundamental destacar que a APS não dispõe de recursos para o tratamento definitivo do AVC agudo, como terapias de reperfusão (trombólise intravenosa e trombectomia mecânica), sendo sua função prioritária a identificação imediata do quadro, a exclusão de diagnósticos diferenciais críticos (como hipoglicemia) e o encaminhamento rápido e adequado para serviços de referência.

A falha nesse processo especialmente no reconhecimento precoce e no acionamento oportuno da rede de urgência constitui um dos principais determinantes de atraso terapêutico, reduzindo significativamente a elegibilidade para intervenções específicas e impactando negativamente o prognóstico funcional e a sobrevida dos pacientes. Nesse contexto, a qualificação das equipes de APS e a implementação

de protocolos assistenciais bem definidos são medidas essenciais para otimizar a linha de cuidado do AVC.

O seguinte artigo objetivou analisar as abordagens clínicas e os protocolos para o manejo do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na atenção primária, destacando a importância da intervenção precoce para melhorar os desfechos clínicos dos pacientes e otimizar o encaminhamento para serviços especializados.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar o manejo do acidente vascular cerebral na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nas abordagens clínicas, protocolos assistenciais e na importância da intervenção precoce. A busca bibliográfica foi realizada em março de 2026 nas bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e Latindex, contemplando publicações dos últimos 15 anos, a fim de garantir atualidade e relevância científica.

Foram utilizados, de forma isolada e combinada, os descritores: “acidente vascular cerebral”, “atenção primária à saúde”, “manejo clínico” e “emergência neurológica”, bem como seus correspondentes em língua inglesa. Foram incluídos estudos que apresentavam esses termos no título, resumo ou palavras-chave, desde que apresentassem relação direta com o tema proposto. Excluíram-se artigos duplicados, estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade e produções acadêmicas como teses, dissertações e monografias, priorizando-se publicações em periódicos científicos.

Após a etapa de busca, procedeu-se à triagem inicial por meio da leitura dos títulos e resumos, seguida da análise integral dos estudos potencialmente relevantes. Ao final, foram selecionados 10 artigos para compor a amostra. Os estudos incluídos foram organizados conforme características metodológicas e amostrais, sendo analisados criticamente quanto à consistência teórica, ano de publicação, idioma e principais achados relacionados ao manejo do AVC no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O acidente vascular cerebral (AVC) compreende um conjunto de alterações fisiopatológicas decorrentes da interrupção ou extravasamento do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em disfunção neurológica aguda. Sob o ponto de vista etiológico, classifica-se em dois subtipos principais:

- AVC isquêmico (aproximadamente 80–85%): decorre da oclusão de uma artéria cerebral, geralmente por trombose local (aterosclerose de grandes vasos), embolia de origem cardíaca (como na fibrilação atrial) ou doença de pequenos vasos (lipohialinose). Essa obstrução leva à redução crítica do fluxo sanguíneo cerebral (hipoperfusão), comprometendo o aporte de oxigênio e glicose às células neuronais.

- AVC hemorrágico (cerca de 15–20%): resulta da ruptura de um vaso sanguíneo intracraniano, podendo manifestar-se como hemorragia intraparenquimatosa ou hemorragia subaracnoide. Está frequentemente associado à hipertensão arterial crônica, malformações vasculares, uso de anticoagulantes ou angiopatia amiloide cerebral.

Do ponto de vista fisiopatológico, a interrupção do fluxo sanguíneo cerebral desencadeia uma cascata de eventos bioquímicos e celulares, incluindo falência energética, despolarização neuronal, liberação excessiva de neurotransmissores excitatórios (especialmente glutamato), influxo de cálcio intracelular, estresse oxidativo e ativação de processos inflamatórios, culminando em morte celular por necrose e apoptose.

Nesse contexto, formam-se duas regiões distintas:

- Núcleo isquêmico: área central de dano irreversível, onde o fluxo sanguíneo é criticamente reduzido (<10–15 mL/100g/min), levando à morte celular rápida.
- Penumbra isquêmica: região periférica potencialmente viável, com perfusão reduzida, porém suficiente para manter a integridade estrutural celular por tempo limitado.

A penumbra isquêmica representa o principal alvo terapêutico nas estratégias de reperfusão, uma vez que sua viabilidade depende diretamente da rapidez da intervenção. A cada minuto de isquemia não tratada, ocorre perda significativa de neurônios e sinapses, reforçando o princípio fundamental no manejo do AVC: “tempo é cérebro”.

3.2 PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha função estratégica na linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC), atuando de forma integrada em diferentes níveis de atenção, com ênfase na prevenção, no reconhecimento precoce e na coordenação do cuidado longitudinal.

3.3 PREVENÇÃO PRIMÁRIA

No âmbito da prevenção primária, a APS é responsável pela identificação, estratificação e controle dos principais fatores de risco modificáveis para AVC, por meio de acompanhamento contínuo e intervenções baseadas em evidências.

Destacam-se:

- Hipertensão arterial sistêmica (principal fator de risco isolado)
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- Tabagismo
- Sedentarismo e obesidade
- Fibrilação atrial e outras cardiopatias emboligênicas

As ações incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas, como promoção de hábitos de vida

saudáveis, educação em saúde, rastreamento oportuno e manejo clínico adequado. O controle rigoroso desses fatores reduz significativamente a incidência de eventos cerebrovasculares.

3.4 MANEJO INICIAL NA FASE AGUDA

Na fase aguda do AVC, a APS exerce papel decisivo no reconhecimento precoce do quadro clínico e no encaminhamento imediato do paciente para serviços de urgência especializados. É fundamental destacar que a APS não dispõe de recursos para o tratamento definitivo do AVC agudo, como terapias de reperfusão, devendo priorizar uma abordagem rápida e protocolar.

As principais condutas incluem:

- Identificação imediata de sinais e sintomas sugestivos de AVC (déficit motor focal, alterações da fala, assimetria facial, entre outros)
- Determinação precisa do tempo de início dos sintomas (último momento em que o paciente foi visto assintomático)
- Avaliação inicial das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação)
- Verificação de glicemia capilar para exclusão de hipoglicemia como diagnóstico diferencial
- Acionamento imediato do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192) e encaminhamento para unidade de referência

Atrasos nessa etapa comprometem diretamente a elegibilidade para intervenções específicas, como trombólise intravenosa e trombectomia mecânica, impactando negativamente o prognóstico funcional e a sobrevivência. A adoção de fluxos assistenciais bem definidos é essencial para reduzir o tempo porta-agulha e otimizar os desfechos clínicos.

3.5 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E REABILITAÇÃO

Após o evento agudo, a APS retoma papel central no acompanhamento longitudinal do paciente, com foco na prevenção de recorrência e na reabilitação funcional.

As principais estratégias incluem:

- Controle rigoroso e contínuo dos fatores de risco cardiovascular
- Prescrição e monitoramento da adesão à terapia medicamentosa (antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, estatinas, anti-hipertensivos, conforme indicação)
- Educação do paciente e familiares quanto à prevenção de novos eventos
- Encaminhamento e articulação com equipe multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia)
- Monitoramento de complicações e sequelas (déficits motores, cognitivos e de linguagem)

A atuação integrada da APS é fundamental para reduzir a taxa de recorrência do AVC, minimizar incapacidades e promover melhor qualidade de vida ao paciente. Entretanto, falhas na adesão terapêutica, fragmentação do cuidado e baixa coordenação entre níveis assistenciais ainda representam desafios relevantes nesse contexto.

3.6 ABORDAGEM CLÍNICA DO AVC NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RECONHECIMENTO DOS SINAIS DE ALERTA

O reconhecimento precoce do acidente vascular cerebral (AVC) na Atenção Primária à Saúde (APS) é determinante para o desfecho clínico, uma vez que a apresentação clínica é, em geral, súbita e focal. Os principais sinais e sintomas neurológicos incluem:

- Hemiparesia ou hemiplegia de início abrupto
- Assimetria facial, com desvio de rima labial
- Disartria, afasia ou outras alterações da linguagem
- Déficits visuais (amaurose fugaz, hemianopsia)
- Alterações sensitivas unilaterais
- Ataxia, vertigem ou instabilidade postural (particularmente em circulação posterior)

A utilização de instrumentos padronizados, como a escala FAST (Face, Arm, Speech, Time), auxilia na triagem rápida e na identificação de casos suspeitos, inclusive por profissionais não especializados.

Um aspecto frequentemente negligenciado é a subvalorização de sintomas transitórios ou de menor intensidade, que podem corresponder a um ataque isquêmico transitório (AIT). O AIT representa uma condição de alto risco para ocorrência de AVC estabelecido em curto prazo, especialmente nas primeiras 48 horas, devendo ser manejado como emergência neurológica.

Além disso, é fundamental considerar diagnósticos diferenciais, como hipoglicemia, crises epiléticas, enxaqueca com aura e distúrbios metabólicos, que podem simular o quadro clínico de AVC.

3.7 CONDUTA IMEDIATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A abordagem inicial na APS deve ser objetiva, sistematizada e orientada por protocolos, visando minimizar atrasos no encaminhamento. As principais medidas incluem:

- Determinação precisa do tempo de início dos sintomas (ou último momento em que o paciente foi visto assintomático)
- Avaliação primária com enfoque no ABC (vias aéreas, respiração e circulação)
- Verificação imediata da glicemia capilar, com o objetivo de excluir hipoglicemia como causa reversível de déficit neurológico

- Monitorização inicial dos sinais vitais, incluindo pressão arterial e saturação de oxigênio
- Evitar intervenções desnecessárias ou potencialmente prejudiciais, como administração empírica de anti-hipertensivos ou sedativos sem indicação formal
- Acionamento imediato do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192) e encaminhamento para unidade de referência com capacidade de manejo do AVC agudo

As diretrizes nacionais e internacionais recomendam que pacientes com suspeita de AVC dentro da janela terapêutica de até 4 horas e 30 minutos sejam encaminhados com máxima prioridade para avaliação de terapia trombolítica. A falha nesse processo reduz significativamente a possibilidade de reperfusão cerebral e recuperação funcional.

3.8 PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NO AVC

A implementação de protocolos clínicos estruturados é fundamental para padronizar condutas, reduzir variabilidade assistencial e otimizar o tempo- resposta no manejo do AVC.

3.9 JANELA TERAPÊUTICA

- Trombólise intravenosa: indicada, em casos selecionados, até 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas
- Trombectomia mecânica: indicada para pacientes com oclusão de grandes vasos, podendo ser realizada em janelas estendidas (até 6–24 horas), conforme critérios clínico-radiológicos

3.10 MONITORIZAÇÃO INICIAL (NÍVEL HOSPITALAR)

Após admissão hospitalar, o paciente deve ser submetido a monitorização contínua, incluindo:

- Pressão arterial
- Glicemia plasmática
- Eletrocardiograma (ECG)
- Saturação de oxigênio

Essas medidas visam identificar e corrigir alterações fisiológicas que possam agravar a lesão cerebral.

3.11 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

O manejo da pressão arterial no AVC requer cautela, sendo contraindicado o rebaixamento abrupto, especialmente na fase aguda do AVC isquêmico, devido ao risco de piora da perfusão cerebral na área de penumbra. As metas pressóricas variam conforme o subtipo de AVC e a elegibilidade para terapias de reperfusão.

3.12 TERAPIAS ESPECÍFICAS

As principais abordagens terapêuticas incluem:

- Trombolíticos (como alteplase), com objetivo de recanalização vascular
- Terapia antiplaquetária (ex.: ácido acetilsalicílico), indicada na maioria dos casos de AVC isquêmico não trombolisado
- Anticoagulação, em situações específicas, como AVC cardioembólico

3.13 MEDIDAS DE SUPORTE CLÍNICO E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

3.13.1 Importância da intervenção precoce

A precocidade no manejo do AVC é o principal determinante modificável do prognóstico. Estima-se que, a cada minuto de isquemia cerebral não tratada, ocorre perda de milhões de neurônios, além de extensas conexões sinápticas.

O atraso no reconhecimento dos sintomas, no acionamento da rede de emergência e no início do tratamento reduz drasticamente a probabilidade de reversão do déficit neurológico. Na prática, a maioria dos pacientes ainda chega aos serviços especializados fora da janela terapêutica, o que limita as opções de tratamento.

Dessa forma, o principal gargalo no manejo do AVC não está na ausência de recursos tecnológicos, mas na ineficiência do fluxo assistencial inicial.

3.14 LIMITAÇÕES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar de seu papel estratégico, a APS enfrenta desafios estruturais e operacionais relevantes no manejo do AVC, incluindo: capacitação insuficiente dos profissionais em emergências neurológica, subestimação ou interpretação inadequada dos sinais iniciais

3.15 FRAGILIDADE NA ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

3.15.1 Atraso no acionamento dos serviços de urgência

Um erro recorrente e crítico é a tentativa de conduzir o caso na própria unidade básica, em vez de proceder ao encaminhamento imediato. Essa conduta inadequada resulta em perda de tempo terapêutico e piora significativa do prognóstico funcional.

3.16 ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DO MANEJO

A qualificação do cuidado ao paciente com AVC na APS depende da implementação de medidas estruturadas, tais como:

- Capacitação contínua das equipes de saúde em reconhecimento e manejo inicial do AVC
- Implantação de protocolos assistenciais padronizados e fluxos bem definidos
- Educação em saúde da população para reconhecimento precoce dos sinais de alerta
- Fortalecimento da integração entre a APS e a rede de atenção às urgências
- Sem a efetiva aplicação dessas estratégias, diretrizes clínicas tendem a permanecer apenas no âmbito teórico, sem impacto significativo nos desfechos clínicos e epidemiológicos.

4 CONCLUSÃO

O manejo do acidente vascular cerebral na Atenção Primária à Saúde fundamenta-se na identificação precoce dos sinais neurológicos, na avaliação inicial sistematizada e no encaminhamento imediato para unidades especializadas. A adoção de protocolos assistenciais padronizados e a capacitação contínua das equipes são essenciais para reduzir o tempo até a intervenção e melhorar os desfechos clínicos.

Apesar dos avanços nas terapias de reperfusão, o tempo até o tratamento definitivo permanece o principal determinante prognóstico modificável. Nesse cenário, a APS desempenha função estratégica na linha de cuidado, atuando como elemento chave na detecção precoce e na articulação eficiente do fluxo assistencial.

REFERÊNCIAS

1. BRAZ, Cinthya Heloisa et al. Monitoramento a usuários pós-AVC na Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Revista Neurociências*, v. 30, p. 1-14, 2022. Disponível em:
2. GONÇALVES, Laura Faustino; PAIVA, Karina Mary; HAAS, Patricia. Monitoramento a usuários pós-AVC na Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Revista Neurociências*, v. 29, p. 1-13, 2021. Disponível em:
3. MAGAGNIN, Adriana Bitencourt et al. Atenção Primária à Saúde na transição do cuidado de pessoas com acidente vascular cerebral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 3, 2024.
4. SANTOS, Leticia Meneses dos et al. Abordagem de urgência no AVC: diagnóstico rápido e intervenção eficaz para reduzir sequelas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 2168-2177, 2024.
5. OLIVEIRA, José Irlailson Alves et al. Atendimento a pacientes com acidente vascular cerebral (AVC): identificação rápida e manejo inicial. *Periódicos Brasil Pesquisa Científica*, v. 3, n. 2, 2024.
6. LEITE, Karina Fonseca de Souza et al. Reducing care time after implementing protocols for acute ischemic stroke: a systematic review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, n. 7, p. 725-740, 2022.
7. LEITE, Karina Fonseca de Souza et al. Effect of implementing care protocols on acute ischemic stroke outcomes: a systematic review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 81, n. 2, p. 173-185, 2023.

8. CARDOSO, Jean Matheus Guedes et al. Principais estratégias de manejo no tratamento do AVC (isquêmico e hemorrágico). *Journal of Social Issues and Health Sciences*, v. 1, n. 4, 2024.
9. COSTA, Lavínia de Oliveira. O cuidado com as pessoas que tiveram um acidente vascular cerebral na atenção primária à saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Pernambuco.
10. SILVA, et al. Initial management of acute ischemic stroke in the emergency setting: current evidence. *Research, Society and Development*, v. 15, n. 1, 2026.