

18: Protocolo de Manejo do Acidente Vascular Cerebral
Departamento: Secretaria Municipal de Saúde
Objetivo: Auxiliar na conduta médica.
Frequência: Contínuo
Executante: PROFISSIONAIS MÉDICOS

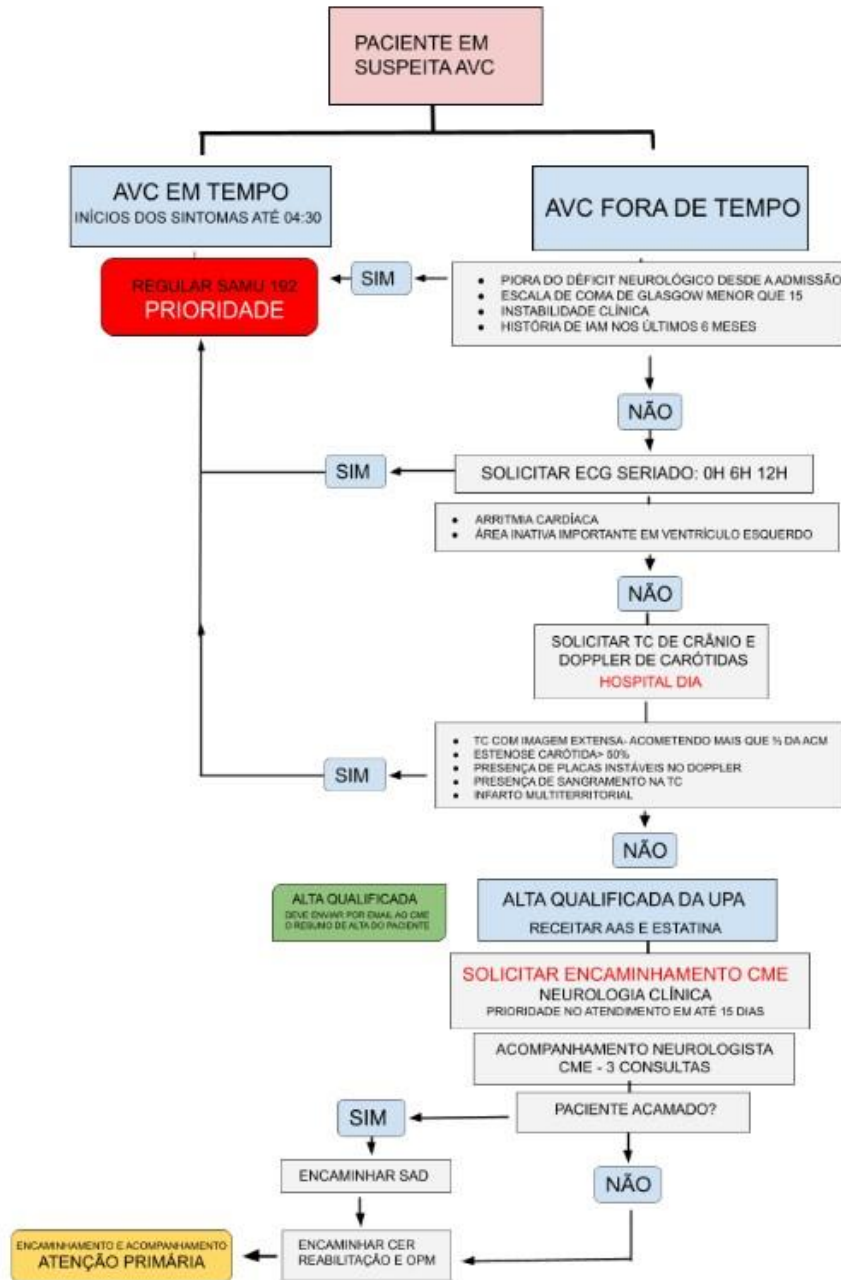
SUMÁRIO

1.	Conceito	3
2.	Objetivos:	4
3.	Abrangência:	4
4.	Definição:	5
5.	Suspeita clínica:	5
6.	Crterios de incluso e exclusão para tomografia de crnio e doppler de carótidas e vertebrais via Hospital Dia.	7
7.	Atendimento inicial	7
8.	Tomografia de crnio, doppler de carótidas e vertebrais.	9
9.	Eletrocardiograma seriado.	9
10.	Procedimento para o encaminhamento e transporte de pacientes.	10
11.	Observação e alta das UPAs	11
12.	AGENDAMENTO NO CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES	12

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

13.	Primeira consulta no Centro Médico de Especialidades (CME) pós AVC.	12
14.	Alta do CME	13
15.	Conclusão	14
16.	FLUXOGRAMA	

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello



Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

17.	Referências	16
18.	ANEXO 1:	17
19.	ANEXO 2	18

1. CONCEITO

Em escala mundial, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte, e, no Brasil, uma das principais causas de internação hospitalar, causando, na grande maioria dos pacientes, algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa.

O cuidado na fase aguda do AVCI é um dos principais pilares do tratamento, que deve ser iniciado no tempo certo e com a eficácia adequada a fim de impedir a morte do tecido cerebral.

O atendimento ao paciente com AVCI deve ser ágil, e a participação de todos os setores envolvidos no atendimento deve ser sincronizada e eficiente. Os tempos do início dos sintomas até o diagnóstico e até o início do tratamento agudo são importantes determinantes do prognóstico desses pacientes. O pressuposto é que melhores processos de cuidado estão relacionados à redução da mortalidade de curto prazo e redução de complicações e sequelas.

Hoje, os paciente que são acometidos por AVC no município de São José do Rio Preto seguem duas referências distintas; 1 – pacientes com quadro neurológico agudo que ainda não completaram 4 horas e 30 minutos de evolução do início dos sintomas, são imediatamente transferidos ao Hospital de Base Rio Preto para avaliação de tratamento trombolítico; 2 – pacientes com quadro neurológico agudo que ultrapassaram 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas são referenciados para Santa Casa de São José do Rio Preto mediante disponibilidade de vaga, podendo permanecer um período prolongado nas UPAs até a transferência.

Esse protocolo é destinado para pacientes acometidos por AVC , com mais de 4 horas e 30 minutos de evolução do início dos sintomas e que estão em observação prolongada na UPA

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

aguardando transferência para setor terciário. Em nenhuma hipótese deve-se atrasar a regulação de todos os pacientes com suspeita da AVC pelo SAMU.

2. OBJETIVOS:

2.1 GERAL:

Normatizar o atendimento inicial ao paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) pelos médicos nas Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorro da Rede Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, uniformizando as condutas.

2.2 ESPECÍFICOS:

- ☐ Realizar identificação rápida de um paciente com sinais AVC, assim como o horário do início dos sintomas e solicitar a transferência imediata do paciente via SAMU para serviço terciário.
- ☐ Excluir eventos hemorrágicos e evitar o atraso no início da prevenção secundária de novo evento cerebrovascular em pacientes acometidos por AVCi que aguardam transferência nas UPAS para o serviço terciário;
- ☐ Evitar a liberação de pacientes com risco de novo evento cerebrovascular sem a prevenção secundária adequada;
- ☐ Padronizar as recomendações e orientações de alta aos pacientes e acompanhantes.

3. ABRANGÊNCIA:

Todas as Unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto (SP), o setor de ultrassonografia (doppler) e o setor de tomografia Computadorizada no Centro Diagnóstico / Hospital DIA - Complexo Pró-Saúde.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

4. DEFINIÇÃO:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como desenvolvimento rápido de sintomas/sinais clínicos de um distúrbio focal (ocasionalmente global) da(s) função(ões) cerebral(is), com duração superior a 24 horas ou que conduzam à morte, sem outra causa aparente para o quadro além da vascular.

O AVC é classificado em dois grandes grupos: Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCI) e AVC hemorrágico. O AVCI é o subtipo mais frequente, com cerca de 85% dos casos, e se caracteriza pela interrupção do fluxo sanguíneo arterial (obstrução por trombos ou êmbolos) em uma determinada região do encéfalo.

5. SUSPEITA CLÍNICA:

A suspeita clínica de AVCI deve basear-se na presença de um déficit neurológico de início súbito, principalmente os déficits localizados (fraqueza muscular, alteração sensitiva, dificuldade para falar, alteração visual, perda de equilíbrio ou falta de coordenação).

Nos pacientes com doença cerebrovascular, a triagem tem um papel essencial, pois o reconhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos de AVCI pode resultar no tratamento imediato com repercussão no prognóstico.

Para aumentar a acurácia da suspeita diagnóstica de AVCI na triagem, escalas validadas devem ser utilizadas nos serviços de emergência.

Existem diversas escalas para utilização pré-hospitalar e na triagem em pronto-atendimento com o intuito de aprimorar o rápido reconhecimento e o tratamento dos pacientes com AVCI. Optamos pelo uso da Escala de Cincinnati para triagem por ser de fácil aplicabilidade no ambiente pré e intra-hospitalar e a presença de sinais neurológicos súbitos, como segue abaixo:

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

- a) Alteração súbita de visão.
- b) Alteração súbita de fala.
- c) Alteração súbita de marcha.
- d) Perda de força de um lado do corpo ou parestesia unilateral.
- e) Cefaleia de início súbito, não habitual.

Figura 1. Escala de Cincinnati

Escala de Cincinnati

Item avaliado	Como avaliar	Resposta normal	Resposta anormal
Assimetria facial	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou sorrir.	Movimento simétrico da face bilateralmente.	Movimento assimétrico da face.
Fraqueza dos braços	Pedir para o paciente estender os braços por 10 segundos (com os olhos fechados).	Movimento simétrico dos dois braços.	Movimento assimétrico dos braços.
Anormalidade da fala	Pedir para o paciente falar uma frase.	O paciente fala corretamente e com boa articulação das palavras.	As palavras são incorretas ou mal articuladas.

São três os sinais considerados indicativos de AVC na Escala de Cincinnati:

- Assimetria facial: a boca entorta para um dos lados.
- Perda de força em um dos membros superiores.
- Dificuldade para falar. Neste último item, devemos pedir ao doente que fale uma frase como “O rato roeu a roupa do rei” ou “Estou com problemas para pronunciar as palavras”. Essas frases requerem uma boa movimentação da língua e outros músculos relacionados, que no AVCI pode estar parcialmente paralisada, causando uma fala defeituosa.

O paciente pode estar completamente incapaz de falar ou, ainda, falando palavras completamente diferentes das solicitadas, devido ao comprometimento de outras regiões cerebrais relacionadas à fala.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

No caso de haver qualquer um dos itens alterados da Escala de Cincinati ou quaisquer alterações neurológicas súbitas descritas acima, isso deve levar à suspeita de AVC, e o paciente deve ser submetido imediatamente a uma avaliação médica de emergência.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E DOPPLER DE CARÓTIDAS E

VERTEBRAIS VIA HOSPITAL DIA.

6.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

Pacientes admitidos nas UPAs municipais com quadro de déficit neurológico focal súbito com mais 4 horas e 30 minutos de evolução que extrapolaram o tempo para tratamento trombolítico e que aguardam transferência para serviço terciário.

6.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

- a) Pacientes com evolução dos sintomas menor que 4 horas e 30 minutos.
- b) Pacientes que apresentam piora do déficit neurológico desde a admissão.
- c) Pacientes não colaborativos e com Escala de Coma de Glasgow (ECG) menor que 15.
- d) Pacientes com instabilidade clínica, tanto da parte cardiovascular, hemodinâmica, ventilatória e neurológica.

*Observação: Reforçando que todos os pacientes devem ser regulados imediatamente para o serviço terciário assim que for aventado suspeita clínica de AVC

7. ATENDIMENTO INICIAL

Mesmo antes da definição diagnóstica, as medidas terapêuticas gerais devem ser iniciadas.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

Monitoramento cardíaco não invasivo – Alguns pacientes podem apresentar arritmias cardíacas ou mesmo sinais de insuficiência coronariana.

Posicionamento do paciente – O paciente deve ser mantido em posição supina horizontal, salvo em situações de risco para obstrução de vias aéreas, broncoaspiração ou suspeita de hipertensão intracraniana, casos em que a cabeceira deve ser elevada em 30 graus.

Monitoramento respiratório e da saturação de oxigênio – Manter a saturação de oxigênio $\geq 95\%$ da maneira menos invasiva possível (cateter nasal, máscara, CPAP ou BIPAP).

Controle da temperatura corpórea – Manter a temperatura corpórea $< 37,5^{\circ}\text{C}$ utilizando medicamentos antipiréticos, se necessário.

Alimentação – Manter o paciente em jejum até que o diagnóstico esteja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deve ser liberada apenas após uma avaliação da capacidade de deglutição.

Hidratação – Manter o paciente euvolêmico por meio de soluções salinas isotônicas intravenosas. A manutenção da hidratação pode ser calculada, em princípio, estimando-se uma oferta diária de 30 ml/kg/dia. Evitar soluções glicosadas ou hipotônicas.

Controle pressórico – Recomenda-se evitar o tratamento da pressão arterial elevada nas primeiras 24 horas do AVCI, exceto nos casos com níveis pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica > 220 mmHg ou pressão diastólica > 120 mmHg) e naqueles com alguma condição clínica aguda que requeira redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecção de aorta). Nesse caso, uma conduta razoável pode ser uma redução inicial de 15% nos níveis pressóricos, acompanhada do monitoramento da função neurológica

Medicação de escolha: Nitroprussiato de sódio. Iniciar infusão IV contínua na dose de 0,5 mcg/kg/min. Se necessário, ajustar a velocidade de infusão a cada 10 minutos (máximo 8 mcg/kg/min).

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

Controle glicêmico – Na fase aguda do AVCI, é recomendável o monitoramento frequente do nível glicêmico, inicialmente de hora em hora, procurando mantê-lo abaixo de 180 mg/dl, evitando também hipoglicemia.

8. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO, DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS.

A realização da tomografia de crânio e doppler de carótidas / vertebrais destina-se aos pacientes que estão em observação nas UPAs aguardando a transferência para serviço de atenção terciária. A realização da tomografia de crânio tem por objetivo excluir causas hemorrágicas e delimitar a área isquêmica do infarto, o doppler de carótidas para avaliação de fonte emboligênica proveniente de grandes vasos.

9. ELETROCARDIOGRAMA SERIADO.

Os infartos cardioembólicos são decorrentes de oclusão de vaso cerebral por êmbolos provenientes do coração. As principais doenças cardíacas potencialmente emboligênicas podem ser classificadas em alto e médio risco de embolização, conforme tabela abaixo.

Enquanto paciente aguarda a transferência, faz-se necessário a realização de pelo menos três exames de eletrocardiograma em períodos distintos (manhã, tarde e noite) a fim da avaliação de arritmias paroxísticas. Figura 2: Grupos de Risco

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

Fontes de alto risco	Fontes de médio risco
Prótese valvar sintética	Prolapso de válvula mitral
Estenose mitral com fibrilação atrial	Calcificação do anel mitral
Fibrilação atrial (que não seja isolada)	Estenose mitral sem fibrilação atrial
Trombo atrial esquerdo séssil	Turbulência atrial esquerda
Doença do nó sinusal	Aneurisma de septo atrial
Infarto agudo do miocárdio recente (< 4 semanas)	Forame oval patente <i>Flutter</i> atrial
Trombo ventricular esquerdo	Fibrilação atrial isolada
Cardiomiopatia dilatada	Prótese valvar biológica
Segmento acinético do ventrículo esquerdo	Endocardite asséptica
Mixoma atrial	Insuficiência cardíaca congestiva
Endocardite infecciosa	Segmento hipocinético do ventrículo esquerdo
	Infarto agudo do miocárdio com mais de 4 semanas e menos de 6 meses

10. PROCEDIMENTO PARA O ENCAMINHAMENTO E TRANSPORTE DE PACIENTES.

A solicitação da realização dos exames para agendamento em até 24h, deverá ser realizado através do SAMU de segunda a sexta das 07:00 às 16:00 através do contato:

(17) 3211-8419 ou (17) 3211-8415.

Com o paciente mantendo estabilidade clínica, deverá ser transportado em Unidade de Suporte Básico (USB), que deverá permanecer no local durante a realização do exame. É fundamental uma reavaliação antes da liberação do paciente para ser transportado, sendo necessária a documentação deste procedimento, devendo ser adequadamente preenchido o TERMO DE TRANSPORTE (anexo2) tanto antes do paciente sair da UPA, quanto para sair do Centro Diagnóstico / Hospital DIA para o caminho de volta à emergência.

Após a admissão do paciente no Centro Diagnóstico / Hospital DIA, pela enfermeira e pelo médico radiologista do Setor de Tomografia e de Ecografia, o tempo de intervalo para a realização do exame e avaliação de sinais vitais será de aproximadamente 15 minutos. O paciente procedente da UPA é prioridade e seu exame será realizado imediatamente, assim como o laudo da Tomografia e do Doppler de Carótidas e Vertebrais. Caso seja identificada alguma

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

alteração tomográfica ou clínica, o paciente deverá ser encaminhado ao serviço de referência pelo SAMU 192. Nesta situação a possibilidade de transporte e intervenção pela Unidade de Suporte Avançado deverá ser considerada.

Os resultados dos exames com o laudo serão disponibilizados através do sistema

11. OBSERVAÇÃO E ALTA DAS UPAS

Pacientes com condição de alta da UPA, preencher todos os critérios abaixo:

- a) Estabilidade clínica e neurológica nas últimas 72 horas.
- b) Tomografia de crânio que descartou evento hemorrágico
- c) Ao doppler de carótidas: estenose de carótidas < 50 % ausência de placas instáveis.
- d) Eletrocardiograma seriados, pelo menos três, sem evidência de arritmia.
- e) Consulta breve já agendada com neurologista no Centro Médico de Especialidade (CME), máximo 15 dias.

O paciente deverá ser liberado da UPA tendo em mãos os seguintes documentos:

- a) Guia de agendamento devidamente preenchida, constando a data e a hora do agendamento da consulta no Centro Médico de Especialidade como também o nome do médico para o qual o paciente estará agendado.
- b) Resumo de alta informando condições do paciente na admissão, medidas adotadas na unidade e condições do paciente na alta médica.
- c) Laudo da tomografia.
- d) Laudo do Doppler de carótida.
- e) Cópia dos ECG seriados realizados na unidade.
- f) Orientações escritas ao paciente (Anexo 1)
- g) Prescrição da prevenção secundária com antiagregante, salvo contraindicações absolutas e estatina. (AAS 100mg/dia + Sinvastavina 40mg/dia).

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

Pacientes com necessidade de manter a transferência para serviço terciário:

- a) Piora ou deterioração do quadro clínico e neurológico.
- b) Ao doppler de carótidas: estenose > 50 % e/ou presença de placa instável de ateroma.
- c) Eletrocardiograma demonstrando arritmia cardíaca e/ou área inativa importante em região de ventrículo esquerdo.
- d) Pacientes com história de infarto prévio nos últimos 6 meses.
- e) Presença de sangramento na tomografia de crânio.

12. AGENDAMENTO NO CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES

O agendamento no centro médico deverá ser realizado de médico para médico através do contato: (17) 99775-4932 nos seguintes dias e horários:

DIA DA SEMANA	HORARIO
segunda-feira	09:30- 10:30
terça-feira	09:30 as 10:30
terça-feira	16:00 as 17:00
quarta-feira	09:30 as 10:30
quinta-feira	19:30 as 10:30
sexta-feira	16:00 as 17:00
sexta-feira	9:30 as 10:30

13. PRIMEIRA CONSULTA NO CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES (CME) PÓS AVC.

13

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

Primeira consulta deve ser agendada no máximo em 15 dias para todos os pacientes que tiveram alta da UPA e que não foram referenciados para serviço terciário.

Nesta consulta deverá ser complementado a investigação etiológica do paciente com os seguintes exames:

- a) Lipidograma (LDL e HDL)
- b) Triglicérides
- c) Ácido úrico
- d) Glicemia de jejum
- e) Hemograma completo
- f) Ureia e creatinina
- g) Sorologia para sífilis
- h) Coagulograma: TP e TTPA
- i) Velocidade de hemossedimentação
- j) Proteína C reativa
- k) Eletroforese de proteínas (suspeita de arterite temporal)

O paciente também será encaminhado para consulta com cardiologista para realização de ecocardiograma transtorácico.

*Obs: Em caso de AVC em pacientes jovens será solicitado estudo de vasos cervicais e cerebrais (angio ressonância arterial); sorologias para hepatite B e C; HIV; FAN e fator reumatoide, em caso de exames normais, o paciente deverá ser referenciado para serviço prestador para finalizar a investigação.

14. ALTA DO CME

Após a identificação da etiologia do evento isquêmico e dos fatores de risco envolvidos, paciente está apto a alta ambulatorial com seguimento via Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou seguimento via SAD.

14

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

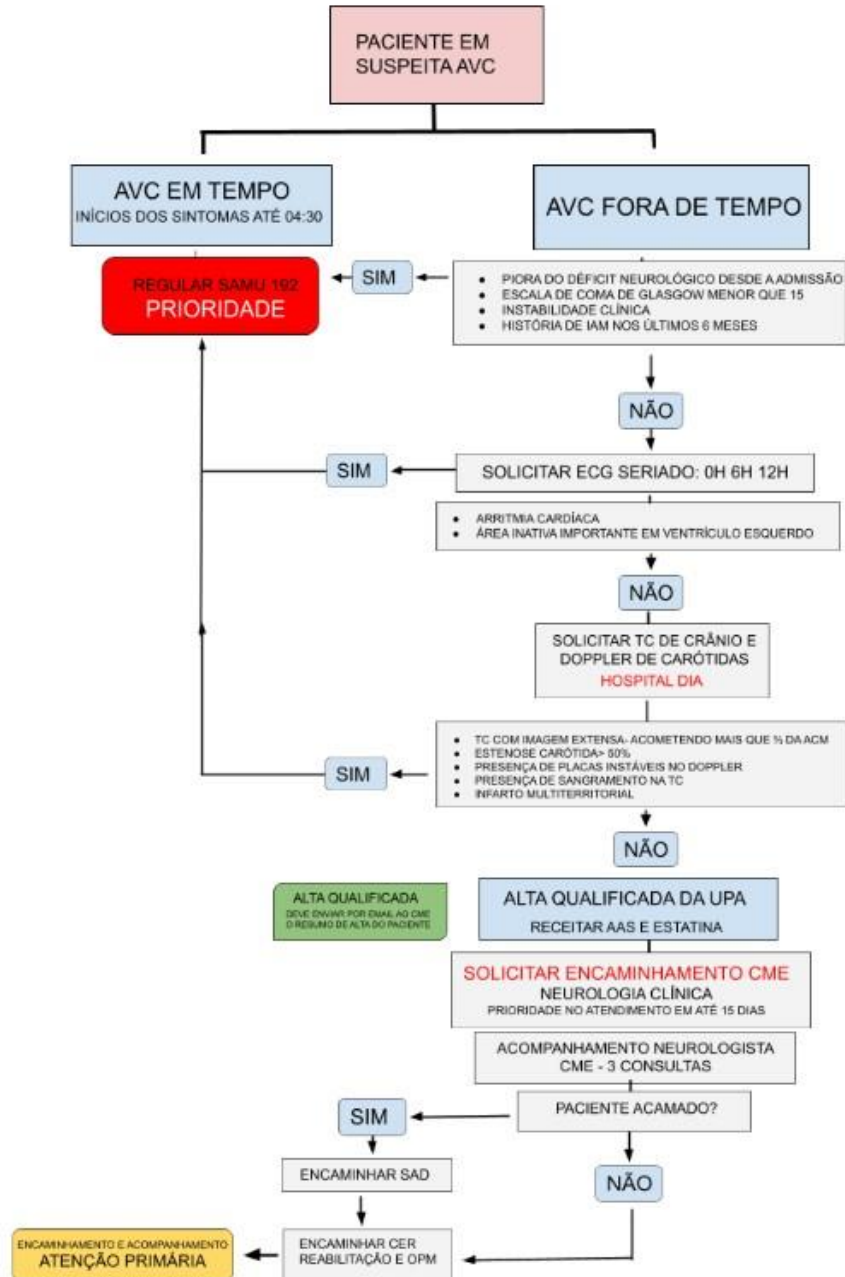
Todos os pacientes que apresentem déficits ao exame físico devem ser encaminhados ao serviço de reabilitação de alta complexidade (CER).

15. CONCLUSÃO

Todos os pacientes com suspeita de acidente vascular cerebral devem ser avaliados imediatamente e regulados via SAMU para serviço de atenção terciária. Em caso de pacientes que estão em observação prolongada nas UPAs, desde que apresentam estabilidade clínica, poderão realizar tomografia de crânio via Hospital Dia para descartar eventos hemorrágicos e doppler de carótidas e vertebrais para antecipar investigação etiológica do quadro e dar início à prevenção secundária para novo evento cerebrovascular.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

16. FLUXOGRAMA



Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello



17. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério amplia assistência a pacientes com AVC. Brasília; 2012.

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello

18. ANEXO 1:

 <p>PREFEITURA DE RIO PRETO</p>		<p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP</p>		 <p>UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	
<p>COM AS AÇÕES ABAIXO É POSSÍVEL DIMINUIR AS CHANCES DE TER UM NOVO AVC</p>					
<p>CONTROLE: Mantenha o controle do diabetes, hipertensão e colesterol por meio da prática regular de atividade física, dieta adequada / saudável e acompanhamento médico.</p>		<p>AFASTE-SE: Evite comidas gordurosas, doces em excesso, frituras, alimentos processados e tudo que contenha gordura trans. Alimentos com excesso de sódio também devem ser evitados.</p>		<p>PRATIQUE: Insira na sua rotina diária a prática de atividades físicas por pelo menos 30 minutos.</p>	
<p>ESCOLHA: Faça opção por uma dieta saudável, rica em frutas, verduras, legumes e grãos integrais. Recomendamos o acompanhamento com um nutricionista.</p>		<p>SE SINAIS DE ALERTA PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATAMENTE</p>		<p>NÃO USE: Não faça uso de drogas e bebidas alcoólicas.</p>	
<p>MANTENHA: Tente manter seu peso adequado com dietas e exercícios.</p>				<p>ESCOLHA: Faça opção por uma dieta saudável, rica em frutas, verduras, legumes e grãos integrais. Recomendamos o acompanhamento com um nutricionista.</p>	
<p>EXISTEM 3 SINAIS DE ALERTA COMUNS QUE SÃO MUITO FÁCEIS DE SER NOTADOS POR VOCÊ OU SEUS FAMILIARES E AMIGOS:</p>					
<p>SORRIR</p>		<p>Se você tentar sorrir e um dos lados da sua boca não se movimentar, ou seu sorriso sair torto, você pode estar tendo um AVC.</p>		<p>LEMBRE-SE: SAMU 192</p>	
<p>LEVANTAR OS BRAÇOS</p>		<p>Se tentar levantar os braços e sentir dificuldade em um deles, ou após levantar você perder a força em um dos braços e ele cair, você pode estar tendo um AVC</p>			
<p>FALAR</p>		<p>Se você não conseguir repetir uma frase ou não conseguir entender uma mensagem, você pode estar tendo um AVC.</p>			

19. ANEXO 2

Elaborado/Revisado	Validado	Aprovado – 2024
Dr. Sergio Papareli Junior Dra. Merabe Muniz Diniz Cabral	Área Técnica	Dr. André Luciano Baitello