REVISTA ELETRÔNICA
Acervo MÉDICO
ISSN 2764-0485

Detecção precoce do AVC: relato de experiência

Early stroke detection: an experience report

Detección precoz del ACV: relato de experiencia

Larissa Helena Cavazana Barbosa[1], Ana Flavia Rezende e Silva[1], Paulo Olivieri de Lima Franco[1], Maria Fernanda Gonçalves Pereira Goulart[1], Leonardo Ribela de Alvarenga[1], Yasmim Maria Oliveira Rodrigues[1], Laís Alves[1], Antônio Marcos Barbosa da Silva[1-2].

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência acadêmica no reconhecimento e manejo inicial de situação sugestiva de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo no pronto-socorro, enfatizando organização do cuidado, comunicação multiprofissional e apoio de telemedicina como elementos formativos. **Relato de experiência:** Vivência desenvolvida durante estágio acadêmico em serviço de emergência de município do interior de São Paulo, em plantão supervisionado, com participação de estudantes da Liga Acadêmica de Urgência e Emergência (LAUE) junto à equipe multiprofissional. A experiência envolveu triagem e reconhecimento de sinais neurológicos sugestivos, anamnese direcionada com familiares, organização do fluxo assistencial e acionamento de suporte remoto especializado, com uso de ferramenta digital institucional (aplicativo Join) para comunicação segura e alinhamento de condutas. **Considerações finais:** A vivência reforçou a centralidade do reconhecimento precoce, da coordenação multiprofissional e do suporte remoto na qualificação do cuidado emergencial, consolidando competências formativas como comunicação clínica, segurança do paciente e trabalho em equipe em cenário regional, com foco em segurança do paciente.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral (AVC), Educação médica, Tele emergência.

ABSTRACT

Objective: To describe an academic experience involving early recognition and initial management of a situation suggestive of acute ischemic stroke in the emergency department, highlighting care organization, multiprofessional communication, and telemedicine support as formative elements. **Experience report:** Supervised practice in an emergency service in the São Paulo countryside, during an academic internship, with participation of students from the Academic League of Urgency and Emergency (LAUE) alongside an interprofessional team. The experience included triage and early recognition of suggestive neurological signs, targeted history-taking with family members, organization of the care pathway, and activation of remote specialist support, using an institutional digital tool (Join app) for secure communication and alignment of clinical decisions. **Final considerations:** The experience reinforced the central role of early recognition, interprofessional coordination, and remote support in strengthening emergency care, while

[1] Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca – SP.
[2] Serviço de Urgência e Emergência, Santa Casa de Ituverava, São Paulo – SP.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

consolidating essential training competencies such as clinical communication, patient safety, and teamwork in a regional setting, with a focus on patient safety.

Keywords: Stroke, Medical education, Tele-emergency.

RESUMEN

Objetivo: Describir una experiencia académica de reconocimiento y manejo inicial de una situación sugestiva de accidente cerebrovascular isquémico agudo en el servicio de urgencias, destacando la organización del cuidado, la comunicación multiprofesional y el apoyo de la telemedicina como elementos formativos. **Relato de experiencia:** Práctica supervisada durante una pasantía académica en un servicio de urgencias del interior del estado de São Paulo, con participación de estudiantes de la Liga Académica de Urgencias y Emergencias (LAUE) junto a un equipo multiprofesional. La experiencia incluyó triaje y reconocimiento precoz de signos neurológicos sugestivos, anamnesis dirigida con familiares, organización del flujo asistencial y activación de soporte especializado remoto, con uso de una herramienta digital institucional (aplicación Join) para comunicación segura y alineación de conductas. **Consideraciones finales:** La vivencia reforzó la importancia del reconocimiento precoz, la coordinación multiprofesional y el soporte remoto en la cualificación de la atención de urgencias, consolidando competencias formativas como comunicación clínica, seguridad del paciente y trabajo en equipo.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Educación médica, Teleemergencia.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é caracterizado pela diminuição ou ausência de fluxo sanguíneo no tecido neural e pode ser classificado em isquêmico (AVEI) e hemorrágico (AVEH) de acordo com a sua etiologia. Essa patologia apresenta uma variedade de sintomas neurológicos que podem resultar em óbito ou sequelas, sendo uma causa importante de incapacidade (LEITE KFS, et al., 2023).

No AVE isquêmico, o dano cerebral ocorre pela redução do suprimento de oxigênio e nutrientes ao tecido encefálico, geralmente decorrente da obstrução do fluxo sanguíneo por trombos ou êmbolos. Entre as causas mais frequentes desse tipo de evento estão a trombose de grandes vasos, a embolia de origem cardíaca e a oclusão de pequenas artérias cerebrais. Quando a interrupção do fluxo é breve e não gera dano tecidual permanente, pode ocorrer o ataque isquêmico transitório (AIT), caracterizado por déficit neurológico súbito e reversível em curto período. Já o AVE hemorrágico resulta da ruptura de um vaso sanguíneo cerebral, levando ao extravasamento de sangue no tecido encefálico, o que provoca compressão das estruturas adjacentes e aumento da pressão intracraniana. Além do dano mecânico direto, processos secundários como inflamação, estresse oxidativo, citotoxicidade e edema contribuem para a progressão da lesão cerebral, reforçando a importância do diagnóstico e manejo rápidos para reduzir a mortalidade e as sequelas associadas à doença (PAULA RM, et al., 2023).

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de um AVC e a diferenciação etiológica é essencial para o bom prognóstico do paciente, visto que, irá definir o início do tratamento. O Ministério da Saúde considera a cefaleia, hemiparesia, perda súbita da fala, paralisia e amaurose fugaz ou permanente como quadro clínico comum entre o AVCH e o AVCI. Já a tontura, perda de equilíbrio e coordenação são predominantes no AVCI, enquanto náuseas, vômitos, confusão mental e perda da consciência ocorrem preferencialmente no AVCH. No entanto, a diferenciação entre hemorrágico e isquêmico não é possível somente pela clínica, sendo necessário exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM), que também são úteis para mensurar a extensão e a gravidade da lesão. O tratamento é dependente da classificação do AVC, de modo que em um episódio isquêmico podem ser utilizados trombolíticos, anticoagulantes e estatinas, além da realização de intervenções vasculares, como a trombectomia, se necessário. Em um AVCH, o controle rigoroso da pressão arterial por meio de

medicamentos ou por craniotomia são importantes para diminuir o risco de complicações (STORCK L, et al., 2025; OLIVEIRA CWM, et al., 2024; BRASIL, 2015).

Ainda que a atenção ao AVC se apoie em diretrizes consolidadas, a efetividade do cuidado não decorre apenas do conhecimento técnico, mas da capacidade do serviço em operacionalizar fluxos: identificar sinais de alerta, mobilizar equipe, organizar etapas assistenciais e garantir continuidade do cuidado após a fase inicial. Em serviços de urgência, onde múltiplas demandas competem por tempo e recursos, a padronização de processos e a comunicação estruturada são componentes críticos para reduzir atrasos evitáveis e aumentar a segurança do paciente (WALSH R, et al., 2025).

O uso de ferramentas para acelerar o manejo do paciente com AVC está presente na rotina dos profissionais de saúde. Essas ferramentas permitem a estratificação da gravidade do quadro neurológico desde a década de 1980, a qual considera como critérios a função sensitiva e motora, a linguagem, a visão e o nível de consciência (PIRES AP, 2023; TEODOZIO MA, et al., 2024). Em razão da tecnologia atual foram desenvolvidos aplicativos e plataformas que permitem a comunicação segura entre profissionais da saúde, otimizando a integração entre as redes de atendimento ao paciente com AVE, além de reduzir custos, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a satisfação do paciente (DORNELES GP, et al., 2021).

Além da dimensão assistencial, o pronto-socorro configura-se como campo privilegiado de formação. Em especial, quando articulado a estratégias de ensino-serviço, permite ao estudante compreender o cuidado em sua complexidade real: fluxos institucionais, prioridades clínicas, interdependência entre equipes, responsabilização ética e exigência de linguagem técnica clara. Nessa perspectiva, ligas acadêmicas podem ampliar o contato precoce com cenários de prática e fortalecer competências que extrapolam o conhecimento biomédico, incluindo comunicação, trabalho colaborativo e reconhecimento de limites de atuação sob supervisão (ASSIS GL, et al., 2021).

No processo de consolidação de linhas de cuidado para AVC em regiões com cobertura especializada variável, iniciativas de teleassistência (como programas de telestroke em modelo hub-and-spoke) têm sido descritas como estratégias para ampliar acesso a especialistas, favorecer decisões compartilhadas e reduzir fragmentação do cuidado, desde que integradas a fluxos assistenciais definidos, capacitação das equipes e mecanismos de coordenação clínica (PESTKA DL, et al., 2024).

Deste modo, o objetivo do estudo foi descrever e refletir criticamente sobre a experiência acadêmica de estudantes integrantes de liga de urgência e emergência no reconhecimento e manejo inicial de situação sugestiva de AVE isquêmico agudo em pronto-socorro do interior paulista, enfatizando contexto institucional, organização do fluxo assistencial, comunicação multiprofissional e apoio de telemedicina.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A vivência ocorreu em hospital de referência regional no interior do estado de São Paulo, no serviço de pronto-socorro, com interface direta com unidade de cuidados intensivos. Participaram acadêmicos vinculados à Liga Acadêmica de Urgência e Emergência (LAUE), inseridos em rotina supervisionada por profissionais médicos e de enfermagem, em interação com equipe multiprofissional. O cenário era caracterizado por alta rotatividade de atendimentos, necessidade de priorização constante e coexistência de diferentes demandas clínicas, o que impunha ambiente formativo marcado por decisões rápidas e comunicação objetiva.

Como preparação para a prática, a liga desenvolvia atividades de atualização teórica e treinamento de habilidades voltadas ao ambiente de urgência, com ênfase em reconhecimento de sinais de gravidade, fluxos institucionais e comunicação clínica. Essa preparação foi relevante para que, durante o plantão, os estudantes conseguissem compreender a lógica de priorização e os limites de atuação discente, assumindo postura de colaboração sem interferir na segurança do paciente. A supervisão direta e a presença de preceptores foram determinantes para transformar o cenário assistencial em espaço de aprendizagem com responsabilidade.

A situação-problema que norteou a experiência foi a necessidade de resposta organizada a um quadro neurológico agudo em serviço regional, no qual a tomada de decisão depende de rapidez e de integração entre equipes, com eventual suporte especializado remoto. Nessas circunstâncias, pequenos atrasos na obtenção de informações, na comunicação entre profissionais ou na execução de etapas assistenciais podem comprometer a qualidade do cuidado. Assim, o plantão evidenciou a importância de reconhecer precocemente sinais sugestivos de AVC e de acionar o fluxo institucional de forma coordenada.

O eixo central da experiência foi a participação dos acadêmicos no fluxo de atendimento a situações com sinais neurológicos sugestivos de evento cerebrovascular agudo. Desde a chegada ao serviço, observou-se a importância da triagem qualificada e do reconhecimento de sinais de alerta, com encaminhamento célere para avaliação médica e acionamento do fluxo institucional. A atuação discente ocorreu de forma compatível com o nível de formação e sempre sob supervisão, envolvendo observação ativa, apoio em tarefas assistenciais não decisórias e participação em discussões clínicas conduzidas pela equipe.

Um aspecto marcante foi a relevância da anamnese direcionada, especialmente quando o paciente apresentava limitações para fornecer informações completas. Nesses momentos, a comunicação com familiares ou acompanhantes mostrou-se decisiva para reconstruir a cronologia dos sintomas e identificar antecedentes e o uso de medicamentos. Para o grupo discente, esse componente expôs um desafio frequente da emergência: ouvir com atenção em um ambiente ruidoso, com pouco tempo disponível, sem perder precisão técnica e sem reduzir a pessoa atendida a um conjunto de sinais. Também evidenciou a necessidade de humanização no cuidado sob pressão, com linguagem compreensível, postura acolhedora e manejo da ansiedade de familiares**,** sem comprometer a objetividade necessária ao atendimento.

No desenvolvimento do atendimento, a equipe seguiu o protocolo institucional para suspeita de AVC, com organização de prioridades e definição de etapas assistenciais. Os acadêmicos acompanharam a lógica do cuidado tempo-dependente: redução de atrasos evitáveis, coordenação de tarefas paralelas, alinhamento de comunicação entre enfermagem e medicina e antecipação de necessidades clínicas. A participação discente, ainda que limitada por responsabilidades éticas e legais, permitiu compreender o protocolo como estrutura que organiza o raciocínio clínico e protege o paciente de omissões e variações indevidas. Observou-se, ainda, a importância do registro em prontuário e da comunicação estruturada entre profissionais, como forma de reduzir perdas de informação em transições e sustentar decisões compartilhadas.

Em paralelo ao fluxo interno, destacou-se o uso de ferramenta de comunicação segura com suporte remoto especializado, empregada para discussão com referência neurológica. A telemedicina foi vivenciada como estratégia de integração em rede: possibilitou contato ágil, troca estruturada de informações e maior segurança para decisões pactuadas, especialmente em cenário de interiorização do cuidado.

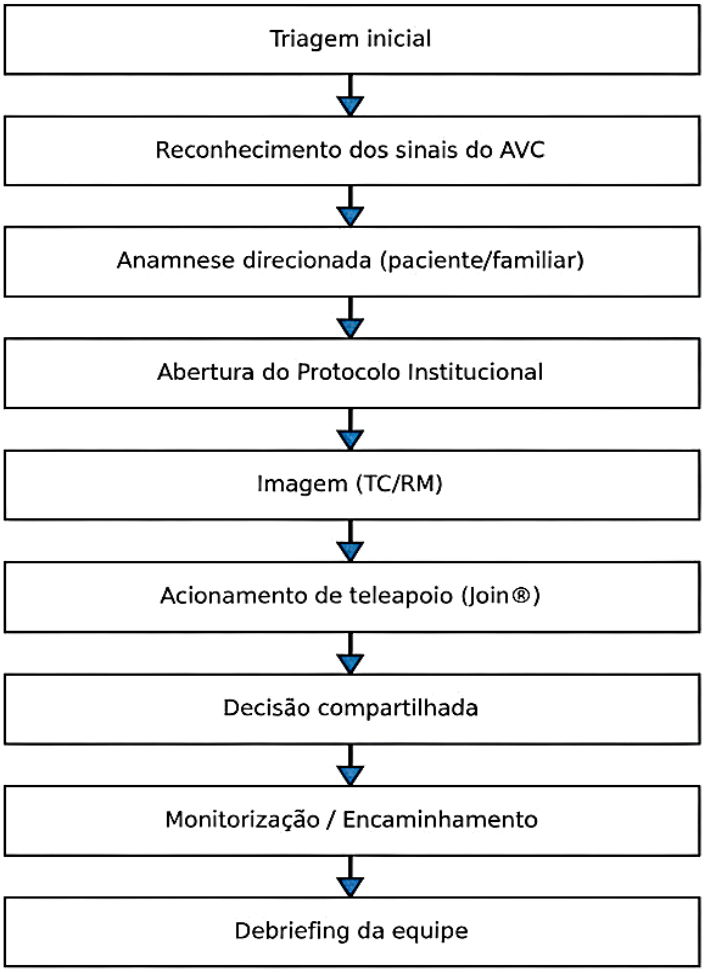
Para os estudantes, a experiência evidenciou que tecnologia, quando bem incorporada, não substitui a clínica, mas qualifica a tomada de decisão ao reduzir ruídos de comunicação e favorecer consenso técnico. Também reforçou a necessidade de responsabilidade no compartilhamento de informações, com atenção à confidencialidade, ao uso adequado de canais institucionais e aos limites éticos do ambiente digital.

Após as decisões assistenciais, observou-se a continuidade do cuidado como parte do manejo: vigilância clínica, comunicação de passagem entre equipes, registro adequado em prontuário e envolvimento de diferentes profissionais conforme necessidades assistenciais. A interface com unidade de maior monitorização explicitou, para os acadêmicos, que a emergência não se encerra na estabilização inicial; há necessidade de planejamento para continuidade, orientações gerais e coordenação com outros pontos da rede. Nesse sentido, o acompanhamento do fluxo até a fase subsequente permitiu compreender o papel da equipe multiprofissional na vigilância, prevenção de complicações e organização do cuidado.

Ao final da vivência, realizaram-se momentos de discussão entre preceptores e acadêmicos, com reflexão sobre o atendimento, dilemas e aprendizados. Destacaram-se a tensão inerente ao cuidado tempo-dependente, o risco de perda de informação em transições, a necessidade de liderança clínica e de comunicação clara e a percepção de que a qualidade do atendimento depende de cultura institucional, treinamento e compromisso da equipe.

O debriefing supervisionado contribuiu para transformar a experiência em aprendizagem explícita, permitindo identificar pontos fortes do processo, oportunidades de melhoria e aspectos éticos associados à atuação discente em ambiente assistencial real (**Figura 1**).

Figura 1 - Fluxograma assistencial do atendimento do AVC.



Fonte: Barbosa LHC, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Este relato evidencia que o atendimento inicial a situações sugestivas de AVC, no contexto da emergência, é simultaneamente desafio assistencial e potente dispositivo pedagógico. A vivência em serviço mostrou que, para além do domínio teórico, o cuidado efetivo depende de coordenação, priorização, comunicação e trabalho em equipe, competências que impactam a segurança do paciente e a efetividade do fluxo assistencial.

Como segunda maior causa de morte no mundo, o AVC pode ser tanto isquêmico caracterizado por uma obstrução vascular, como pode ser hemorrágico resultado da ruptura de algum vaso principalmente por aneurismas. O principal objetivo é reconhecer precocemente a condição do paciente e tratar de acordo com tipo etiológico e tempo disponível. O AVC isquêmico é o mais comum, ocorrendo em 85% dos casos e pode ser devido a trombose (ruptura de placas arteriais) ou embolia (quando um trombo formado se desloca as artérias cerebrais). É um dos principais acometimentos encontrados em unidades de urgência e emergência. Contudo, sua condução após a identificação do quadro clínico pode ser difícil devido a necessidade de um especialista, o neurologista, nem sempre disponível presencialmente em plantões (BARBOSA BO, et al., 2022).

Clinicamente o AVC pode se apresentar com um déficit neurológico súbito com diversas alterações dependendo da artéria cerebral acometida e da extensão da lesão. Variam desde sintomas motores, mentais, sensitivos e perceptivos até transtornos da linguagem. Protocolos assistenciais contribuem para padronizar condutas, diminuir variações indevidas e organizar o cuidado, especialmente em cenários de alta pressão. Na experiência relatada, observou-se que o protocolo funcionou como ferramenta de integração entre profissionais, permitindo linguagem comum e clareza de etapas. Do ponto de vista formativo, acompanhar a operacionalização do protocolo favoreceu a compreensão de que diretrizes são ferramentas de gestão do risco: estruturam a tomada de decisão, distribuem responsabilidades e reduzem dependência de improviso. Também evidenciaram que a adesão a processos requer treinamento e cultura institucional, e não apenas disponibilidade de documentos. O protocolo utilizado consiste em um *check list* que permite aos profissionais de saúde avaliarem o impacto do AVC sobre capacidades motoras, fala, visão e outras funções neurológicas. Além disso, permite acompanhar a evolução do paciente ao longo do tempo, sendo importante para garantir uma assistência multidisciplinar desde o início até a reabilitação (ASSIS GL, et al., 2021; BRANDÃO PC, et al., 2023).

Outro eixo relevante foi a comunicação com familiares. Em emergências neurológicas, informações iniciais podem ser incompletas e o paciente pode não conseguir se expressar adequadamente. A vivência reforçou que acolhimento e comunicação direcionada, com perguntas objetivas e empatia, são essenciais para reduzir incertezas e sustentar decisões mais seguras. Esse componente possui dimensão ética: ouvir familiares é reconhecer a pessoa atendida para além do evento clínico e reduzir riscos de conduções descontextualizadas. No cenário de ensino, esse aspecto é particularmente relevante, pois expõe o estudante à necessidade de combinar técnica e humanidade, mantendo postura profissional e linguagem acessível, mesmo quando o serviço demanda rapidez (GOSS AL e CREUTZFELDT CJ, 2025).

No que se refere à organização do serviço, a experiência dialoga com a compreensão de que redes de atenção exigem articulação entre pontos de cuidado e mecanismos de referência, sobretudo em localidades com menor disponibilidade de especialistas. A telemedicina, nesse cenário, surge como estratégia de equidade, ampliando acesso e reduzindo barreiras geográficas. Revisões sobre saúde móvel e teleassistência destacam potencial para otimizar comunicação, qualificar decisões e apoiar serviços periféricos, desde que associada a protocolos, governança clínica e segurança da informação. Segundo autores, o aplicativo utilizado é voltado para os profissionais de saúde e integra dados e exames do paciente, facilitando a comunicação e tomada de decisões. Estudos demonstram que no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, houve resultados positivos diante o uso do aplicativo Join ®, principalmente na decisão de tratamento adequado e redução do tempo porta-agulha (MAEDA AGSN, 2024).

Autores acrescentam que a saúde móvel é definida como uso de tecnologias móveis para apoiar a realização de objetivos de saúde, isso inclui a telemedicina. Revisões de literatura avaliaram o uso de smartphones e tablets em diversos contextos para auxílio da medicina, como promoção de saúde, diagnóstico, tratamento, monitoramento, gestão de doenças, Por isso, é de suma importância a implementação adequada de saúde móvel para garantir a um bom diagnóstico e conduta dos pacientes (DORNELES GP, et al., 2021).

No plano formativo, a telemedicina amplia repertório do estudante, que passa a compreender que cuidado contemporâneo envolve não apenas habilidades clínicas presenciais, mas também comunicação estruturada, síntese de informações e responsabilidade no uso de tecnologia. Ferramentas digitais podem reduzir ruídos e acelerar alinhamentos, porém exigem disciplina, padronização de linguagem, registro adequado e atenção à confidencialidade. Além disso, a teleinterconsulta, quando incorporada a um fluxo definido, contribui para decisões mais transparentes e compartilhadas, reduzindo insegurança clínica em cenários com limitações de cobertura presencial (WETZLMAIR-KEPHART LC, et al 2025).

A experiência também ressaltou a centralidade da equipe multiprofissional. O cuidado na emergência depende de atuação sincronizada, na qual enfermagem, medicina e demais profissionais compartilham objetivos e responsabilidades, com comunicação clara e definição de papéis. Para o estudante, observar e participar, sob supervisão, desse arranjo de trabalho favorece a compreensão de que competências

colaborativas são determinantes para qualidade assistencial. A vivência reforçou que a segurança do paciente é construída em camadas: triagem eficaz, comunicação estruturada, registros adequados e transições assistenciais bem executadas (MILTON J, et al., 2022).

No âmbito da educação em urgência, evidências recentes sugerem que intervenções baseadas em simulação para equipes envolvidas no manejo agudo do AVC podem contribuir para aprimorar processos assistenciais tempo-dependentes, com ganhos em comunicação e coordenação do time e potencial impacto na agilidade do atendimento, especialmente quando associadas a protocolos e debriefings estruturados (ALJUWAISER S, et al., 2024). Esse achado reforça a pertinência de estratégias formativas que aproximem estudantes e profissionais de cenários realísticos, favorecendo aprendizagem reflexiva e cultura de segurança.

Este relato tem limitações inerentes ao delineamento: descreve vivência localizada em determinado serviço e contexto, não pretendendo generalização estatística. Ainda assim, sua contribuição reside em explicitar componentes processuais do cuidado e da formação - protocolos, comunicação, teleapoio, integração multiprofissional e reflexão crítica - que podem ser úteis a outros serviços e ligas acadêmicas. Como contribuição prática, recomenda-se que serviços que desejem qualificar a atenção ao AVC invistam em: educação permanente; simulação e treinamento de fluxos; padronização de comunicação e passagem de caso; e incorporação de teleapoio com governança e segurança da informação. Do ponto de vista educacional, sugere-se incluir debriefings estruturados após atendimentos críticos, fortalecendo aprendizagem reflexiva e consolidando cultura de segurança (THOMAS L e REEDY G, 2026).

Portanto, a experiência descrita reforça a relevância do reconhecimento precoce do acidente vascular cerebral isquêmico e da aplicação sistematizada de protocolos assistenciais. Ademais, a incorporação de ferramentas de telemedicina, exemplificada pelo aplicativo Join ®, mostrou-se eficaz para agilizar a comunicação multiprofissional e apoiar decisões clínicas em tempo real. Por fim, ressalta-se a importância de estratégias de prevenção secundária, incluindo controle rigoroso de fatores de risco cardiovascular e o uso adequado de agentes antiplaquetários ou anticoagulantes, como pilares fundamentais para reduzir a recorrência e os desfechos adversos associados ao AVC.

Que um protocolo bem estruturado, equipe engajada, síncrona e bem treinada, aliada a telemedicina, são capazes de viabilizar tratamento eficaz e bem-sucedido de uma enfermidade de relevante impacto, o AVC agudo. A experiência acadêmica em pronto-socorro do interior paulista, acompanhando o atendimento inicial a situações sugestivas de AVC, evidenciou que a qualidade do cuidado depende de reconhecimento precoce, organização de fluxo institucional, comunicação multiprofissional e uso responsável de telemedicina como suporte especializado.

Como aprendizado formativo, consolidou-se a compreensão de que protocolos estruturam o raciocínio clínico e protegem o paciente, enquanto a comunicação com equipe e familiares sustenta decisões mais seguras e humanizadas. O relato aponta contribuições práticas para ensino-serviço, sugerindo que ligas acadêmicas, quando integradas a supervisão e cultura institucional, podem fortalecer competências clínicas e éticas essenciais à atuação em urgência e emergência, especialmente em contextos regionais com necessidade de integração em rede.

REFERÊNCIAS

1. ALJUWAISER S, et al. Evaluating the effects of simulation training on stroke thrombolysis: a systematic review and meta-analysis. Adv Simul., 2024; 9: 11.
2. ASSIS GL, et al. Avaliação da elegibilidade para trombólise no AVC isquêmico. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13: e6380.
3. BARBOSA BO, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos do acidente vascular cerebral. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022; 12: 10362-6240.
4. BRANDÃO PC, et al. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. Revista Eletrônica de Saúde, 2023; 10: 00303.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Acidente vascular cerebral (AVC). 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/avc-acidente-vascular-cerebral/. Acessado em: 15 de outubro de 2025.
6. DORNELES GP, et al. Aplicativos móveis desenvolvidos para a gestão intra-hospitalar de pacientes com acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática. LUME UFRGS, 2021.
7. GOSS AL, CREUTZFELDT CJ. Communicating with families after severe acute brain injury. Neurocritical Care, 2025.
8. LEITE KFS, et al. Efeito da implementação de protocolos de cuidados nos desfechos do AVC isquêmico agudo: revisão sistemática. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2023; 81(02): 173-185.
9. MAEDA AGSN, et al. Aplicativo Join: otimização do tempo porta-agulha no AVC isquêmico. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2024; 81 p.
10. MILTON J, et al. Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 2022; 30(1): 46.
11. OLIVEIRA CWM, et al. Revisão sistemática dos avanços no diagnóstico e tratamento do acidente vascular cerebral: perspectivas neurocientíficas e atualizações clínicas. Observatório de la Economía Latinoamericana, 2024; 22(10): e7296.
12. PAULA RM, et al. Stroke: Exploring the pathophysiology and sleep disorders. Research, Society and Development, 2023; 12(10): e42121043382.
13. PESTKA DL, et al. Implementing Telestroke in the Inpatient Setting: Identifying Factors for Success. Stroke. 2024;55(6):1517-1524. doi:10.1161/STROKEAHA.123.046024.
14. PIRES AP. Indicadores de qualidade na assistência ao acidente vascular cerebral. Dissertação (Mestrado em Medicina: Ciências Médicas). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2023. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/259804. Acesso em: 28 out 2025.
15. SANTOS LB, WATERS C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Brazilian Journal of Development, 2020; 6(1): 2749-2775.
16. STORCK L, et al. Reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC: como evitar atrasos no diagnóstico. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(8): 615-623.
17. TEODOZIO MA, et al. Análise da eficácia da terapia de trombólise no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(10): e16800.
18. THOMAS L, REEDY G. How interprofessional simulation supports medical students' transition to clinical practice. Advances in Simulation, 2026; 11: 2.
19. WALSH R, et al. Improving stroke pathway efficiency: outcomes of a quality improvement collaborative across a national stroke network. Journal of NeuroInterventional Surgery, 2025; 18(2): 399-403.
20. WETZLMAIR-KEPHART LC, et al. Medical students' and educators' opinions of teleconsultation in practice and undergraduate education: a UK-based mixed-methods study. PLOS ONE, 2025; 20(3): e0302088.