



Congresso Nacional de
**Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência**

II CONPAUE

Práticas Avançadas em Urgência e Emergência:

Evidências, Protocolos e
Inovações no Cuidado



E-book

Volume 1 • Edição 1 • 2027



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de
Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência

II CONPAUE

II CONPAUE

**II Congresso Nacional de Práticas Avançadas
em Urgência e Emergência**

PRÁTICAS AVANÇADAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Evidências, Protocolos e Inovações no Cuidado

E-BOOK

VOLUME 1

EDIÇÃO 1

2027

Editora Cognitus

2027



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de
**Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência**
II CONPAUE

INFORMAÇÕES EDITORIAIS

Título	Práticas Avançadas em Urgência e Emergência: Evidências, Protocolos e Inovações no Cuidado
Evento	II Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência (II CONPAUE)
Publicação	E-book • Volume 1 • Edição 1 • 2027
Editora	Editora Cognitus
Revista vinculada	Cognitus Interdisciplinary Journal (ISSN: 3085-6124)
Formato	Livro eletrônico (e-book)

Direitos autorais

Copyright © 2027 Editora Cognitus. Todos os direitos reservados. A responsabilidade pelo conteúdo científico, pelas citações e pela originalidade do capítulo pertence aos respectivos autores.

Referência sugerida da obra

EDITORA COGNITUS (org.). Práticas Avançadas em Urgência e Emergência: Evidências, Protocolos e Inovações no Cuidado. v. 1, ed. 1. Editora Cognitus, 2027. E-book.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de
**Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência**
II CONPAUE

APRESENTAÇÃO

O e-book “Práticas Avançadas em Urgência e Emergência: Evidências, Protocolos e Inovações no Cuidado” reúne produção científica vinculada ao II Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência (II CONPAUE), com foco na atualização técnico-científica e na qualificação do cuidado em situações críticas.

A obra foi estruturada para favorecer a consulta acadêmica e profissional, reunindo capítulos completos organizados em linguagem científica, com identificação de autoria, resumo, palavras-chave, desenvolvimento metodológico, discussão dos achados, considerações finais e referências.

Neste Volume 1, o capítulo publicado aborda a atualização do atendimento médico de emergência ao acidente vascular cerebral isquêmico agudo à luz da diretriz AHA/ASA 2026, articulando evidências recentes, tecnologias de reperfusão, organização assistencial e realidade do Sistema Único de Saúde.

A Editora Cognitus agradece aos autores, avaliadores e integrantes da organização científica que contribuíram para a construção desta publicação.

Editora Cognitus
II CONPAUE • 2027



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de
Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência

II CONPAUE

COMISSÃO ORGANIZADORA E CORPO DE AVALIADORES

Organização editorial

Editora Cognitus

Avaliadores e comissão científica



Najla Gergi Krouchane



Victor Martins Fontoura



Celso Chaves Adão Filho



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de
Práticas Avançadas em
Urgência e Emergência

II CONPAUE

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
ISQUÊMICO AGUDO: ATUALIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA
CONFORME A DIRETRIZ AHA/ASA 2026**

6

Volume 1 • Edição 1 • 2027



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

CAPÍTULO 1

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO: ATUALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA CONFORME A DIRETRIZ AHA/ASA 2026

Taina Silva Coelho¹; Marcelo Leite Cavalcante²; Lais Costa Coutinho³; Lorrane Silva Santos Bulcão⁴; Maria Clara Serpa do Carmo⁵; Ariane Montezema de Noroies Milfont⁶; João Paulo Ferreira Mendes⁷; Francisco Marlos Carneiro Angelim⁸; Andreza Araújo Valter Costa⁹; Bruna Custodio Rodrigues¹⁰

¹ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte. E-mail: tainasilvac@hotmail.com | Orcid: 0009-0005-2587-8893

² Graduando em Medicina pela Uninassau. E-mail: Marcelo.00cavalcante@hotmail.com | Orcid: 0009-0008-0500-9684.

³ Graduanda em Medicina pela Uninassau. E-mail: laiscoutinho2101@gmail.com | Orcid: 0009-0009-4525-8316

⁴ Graduanda em Medicina pela Uninassau. E-mail: Lorrane.silva3@gmail.com | Orcid: 0009-0003-4736-3706

⁵ Graduanda em Medicina pela Uninassau. E-mail: mariaclarasccarmo@gmail.com | Orcid: 0009-0005-8532-418X

⁶ Graduanda em Medicina pela Uninassau. E-mail: arianemont@hotmail.com | Orcid: 0009-0007-6346-2551

⁷ Graduando em Medicina pela Uninassau. E-mail: joaopaulo.ferreira12@hotmail.com | Orcid: 0009-0005-8102-7524

⁸ Graduando em Medicina pela Uninassau. E-mail: marlosangelim@hotmail.com | Orcid: 0009-0003-1344-1219

⁹ Graduanda em Medicina pela Uninassau. E-mail: dezinhaaraujo25@gmail.com | Orcid: 0009-0007-6586-6402

¹⁰ Mestra em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: bru.cust.ro@gmail.com | Orcid: 0000-0002-9904-7866

RESUMO

O acidente vascular cerebral isquêmico agudo permanece entre as principais causas de morte e incapacidade e exige resposta integrada, rápida e baseada na viabilidade do tecido cerebral. Este capítulo objetiva analisar as atualizações da diretriz AHA/ASA 2026 para o atendimento médico de emergência, relacionando-as às evidências recentes, aos dados epidemiológicos do Ministério da Saúde e à organização da linha de cuidado no Sistema Único de Saúde. Realizou-se revisão narrativa, descritiva e qualitativa, associada à pesquisa documental e à análise de dados secundários, com buscas, entre julho e agosto de 2026, nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online. A discussão demonstra que unidades móveis de AVC, regulação do destino hospitalar, inteligência artificial aplicada à neuroimagem e comunicação entre serviços podem reduzir atrasos, desde que integradas à avaliação especializada. Destacam-se a tenecteplase como alternativa à alteplase, a ampliação criteriosa da trombólise orientada por imagem e da trombectomia para infartos extensos e oclusões da artéria basilar, além da individualização do controle pressórico e glicêmico e da avaliação precoce da deglutição. Conclui-se que a inovação tecnológica somente qualifica os desfechos quando incorporada a protocolos avançados, monitoramento dos tempos assistenciais, capacitação multiprofissional e fluxos regionais compatíveis com a capacidade do SUS. O capítulo contribui para aperfeiçoar a assistência pré-hospitalar e hospitalar ao articular decisão clínica, segurança, tecnologias de reperfusão e continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico; Serviços Médicos de Emergência; Terapia Trombolítica; Trombectomia; Guias de Prática Clínica como Assunto.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



ABSTRACT

Acute ischemic stroke remains a leading cause of death and disability, requiring an integrated, rapid response based on cerebral tissue viability. This chapter aims to analyze updates from the 2026 AHA/ASA guidelines for emergency medical care, relating them to recent evidence, epidemiological data from the Ministry of Health, and the organization of the care pathway within the Unified Health System (SUS). A narrative, descriptive, and qualitative review was conducted, combined with document research and secondary data analysis; searches were performed between July and August 2026 in the PubMed/MEDLINE, Virtual Health Library (BVS), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases. The discussion demonstrates that mobile stroke units, hospital destination regulation, artificial intelligence applied to neuroimaging, and inter-service communication can reduce delays, provided they are integrated with specialized assessment. Key highlights include tenecteplase as an alternative to alteplase; the judicious expansion of image-guided thrombolysis and thrombectomy for large-core infarcts and basilar artery occlusions; and the individualization of blood pressure and glycemic control alongside early swallowing assessment. It is concluded that technological innovation improves outcomes only when incorporated into advanced protocols, care-time monitoring, multidisciplinary training, and regional workflows compatible with SUS capacity. The chapter contributes to enhancing pre-hospital and hospital care by linking clinical decision-making, safety, reperfusion technologies, and continuity of care.

Keywords: Ischemic Stroke; Emergency Medical Services; Thrombolytic Therapy; Thrombectomy; Practice Guidelines as Topic.

1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo constitui uma emergência neurológica provocada pela interrupção do fluxo sanguíneo em determinada região do encéfalo. Sem reperusão em tempo oportuno, a área de tecido potencialmente recuperável diminui progressivamente, elevando a possibilidade de morte ou de incapacidades permanentes. Para a pessoa acometida, entretanto, o evento não se resume a uma alteração circulatória: pode representar a perda repentina da fala, dos movimentos, da autonomia e da capacidade de participar da vida familiar e profissional (Brasil, 2023; Ha *et al.*, 2026).

A relevância do tema torna-se ainda mais evidente diante de sua expressão epidemiológica. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) brasileiro estima que a forma isquêmica corresponda a aproximadamente 75% a 85% dos casos de AVC. Em consulta ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram registrados, em 2024, 106.182 óbitos de residentes classificados no conjunto das doenças cerebrovasculares, correspondente aos códigos I60 a I69 da CID-10. Nesse total, 12.528 mortes foram registradas como infarto cerebral e 33.721 como AVC não especificado. No mesmo ano, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) contabilizou 25.413 internações financiadas pelo SUS especificamente por infarto cerebral, dados que não abrangem toda a ocorrência da doença, mas demonstram sua expressiva repercussão assistencial e social. (Brasil, 2026a; Brasil, 2026b).

A qualidade do atendimento começa antes da chegada ao hospital. O reconhecimento de sinais súbitos, como assimetria facial, fraqueza em um dos lados do corpo, dificuldade para falar, perda visual ou alteração importante do equilíbrio, deve resultar no acionamento imediato do serviço de emergência. Nessa etapa, são essenciais a determinação do horário em que o paciente foi visto bem pela última vez, a verificação da glicemia, a avaliação inicial da gravidade, a comunicação antecipada com o hospital e o transporte para uma unidade capaz de oferecer diagnóstico e reperusão. A integração entre comunidade, atendimento pré-hospitalar, regulação e serviço hospitalar reduz atrasos que podem comprometer a recuperação funcional (Boullanger *et al.*, 2018; Prabhakaran *et al.*, 2026a).





Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

No departamento de emergência, a suspeita clínica deve ativar um fluxo organizado, com avaliação neurológica, aplicação da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), coleta das informações sobre medicamentos e condições anteriores, controle de parâmetros vitais e realização imediata de neuroimagem. A tomografia de crânio sem contraste permanece fundamental para excluir hemorragia, enquanto a angiotomografia permite identificar oclusões de grandes vasos e auxiliar na seleção para tratamento endovascular. Exames adicionais podem ser necessários em situações específicas, mas não devem retardar injustificadamente a terapia de reperfusão em pacientes claramente elegíveis. A tecnologia deve apoiar a decisão clínica, e não se transformar em mais uma barreira entre o paciente e o tratamento (Ha *et al.*, 2026; Prabhakaran *et al.*, 2026a).

A diretriz AHA/ASA 2026 consolida a passagem de uma avaliação baseada exclusivamente no relógio para uma abordagem que também considera a viabilidade do tecido cerebral. Dentro das primeiras 4,5 horas, o tratamento não deve ser atrasado pela realização rotineira de métodos avançados de imagem. Em pacientes selecionados, entretanto, a ressonância magnética ou os estudos de perfusão podem demonstrar tecido potencialmente recuperável e ampliar a possibilidade de tratamento em casos de início desconhecido ou entre 4,5 e 9 horas. Conforme a correção publicada para a diretriz, essa ampliação da trombólise intravenosa deve ser considerada especialmente quando o paciente não é candidato à trombectomia e apresenta penumbra cerebral salvável, sem que a investigação de imagem provoque atrasos evitáveis (Prabhakaran *et al.*, 2026a; Prabhakaran *et al.*, 2026b).

Entre as mudanças de maior interesse para a emergência está o reconhecimento da tenecteplase, na dose de 0,25 mg/kg e máximo de 25 mg, como alternativa de primeira linha à alteplase, utilizada na dose de 0,9 mg/kg e máximo de 90 mg, para pacientes elegíveis à trombólise dentro de 4,5 horas. A decisão não deve depender apenas da pontuação da escala neurológica, pois déficits aparentemente leves podem ser incapacitantes para determinadas pessoas, especialmente quando comprometem a linguagem, a visão, a marcha ou a função manual dominante. Em contrapartida, nos quadros leves sem déficit incapacitante, a diretriz favorece o tratamento antiplaquetário duplo em vez da trombólise, após avaliação das contraindicações e do mecanismo provável do evento (Hill; Livesay, 2026; Prabhakaran *et al.*, 2026a).

A trombectomia mecânica também teve suas indicações ampliadas. Evidências anteriores já sustentavam sua realização, associada ao melhor tratamento clínico, nas oclusões de grandes vasos dentro das primeiras seis horas e, mediante seleção por imagem, entre seis e 24 horas. A atualização de 2026 incorpora evidências favoráveis ao procedimento em determinados pacientes com áreas isquêmicas centrais mais extensas, que anteriormente poderiam ser excluídos apenas pelo tamanho inicial da lesão. A recomendação também se fortaleceu para oclusão da artéria basilar em pacientes selecionados, especialmente quando há déficit neurológico significativo e possibilidade de intervenção em até 24 horas. Essa ampliação representa oportunidade terapêutica, mas não autoriza indicação indiscriminada, exigindo análise clínica, funcional e radiológica individualizada (Ture *et al.*, 2019; Prabhakaran *et al.*, 2026a).

A assistência não se encerra com a reabertura do vaso. A diretriz atualizada desencoraja a redução intensiva e indiscriminada da pressão arterial sistólica para valores inferiores a 140 mmHg após reperfusão, particularmente depois de trombectomia bem-sucedida, pois essa estratégia não demonstrou benefício funcional e pode causar danos em determinados pacientes. Da mesma forma, o controle glicêmico intensivo com alvo entre 80 e 130 mg/dL não é recomendado, devido ao risco de hipoglicemia. Monitorização neurológica, prevenção de aspiração, avaliação da deglutição, investigação etiológica e cuidado em unidade especializada continuam indispensáveis. Tais medidas mostram que o atendimento adequado não consiste apenas em aplicar um procedimento, mas em preservar o cérebro e a segurança do paciente durante toda a fase aguda (Hill; Livesay, 2026; Prabhakaran *et al.*, 2026a).

No Brasil, a incorporação dessas evidências precisa ser compreendida no contexto da regionalização do SUS. O Decreto nº 7.508/2011 regulamentou a organização das regiões de saúde e a articulação entre os entes federativos,



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

elementos essenciais para uma emergência cuja resposta depende de referências previamente definidas. A Portaria GM/MS nº 665/2012 instituiu critérios para habilitação dos Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC e estruturou incentivos relacionados à linha de cuidado. Essas normas reforçam que a efetividade do tratamento depende de uma rede capaz de reconhecer o caso, regular o acesso, encaminhar o paciente ao serviço adequado e realizar transferências sem perda desnecessária de tempo (Brasil, 2011; Brasil, 2012).

Esse processo foi atualizado pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29/2023, que aprovou o atual PCDT do AVC isquêmico agudo, e pela Portaria GM/MS nº 1.996/2023, relacionada à incorporação e ao financiamento da tromboectomia mecânica no SUS. O Relatório de Gestão Integrado do Ministério da Saúde (MS) informa que o número de habilitações ativas de centros de atendimento ao AVC dos tipos I, II e III passou de 85, em 2021, para 126, em 2025. No mesmo ano, havia 18 habilitações relacionadas à assistência neurovascular e à tromboectomia mecânica. Embora os números indiquem expansão, também evidenciam o desafio de oferecer acesso oportuno e territorialmente equilibrado a uma população distribuída em regiões com capacidades assistenciais distintas (Brasil, 2023; Brasil, 2026c).

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de manter os profissionais de emergência atualizados diante da ampliação das possibilidades de reperfusão e da crescente complexidade das decisões clínicas. Conhecer as novas recomendações pode reduzir atrasos, evitar exclusões terapêuticas indevidas e favorecer condutas mais seguras, sem desconsiderar as condições reais de funcionamento do sistema público brasileiro.

Objetivo: Analisar as principais atualizações da diretriz AHA/ASA 2026 para o atendimento médico de emergência do AVC isquêmico agudo, relacionando-as às evidências científicas recentes, aos dados epidemiológicos do Ministério da Saúde e às normas que organizam a linha de cuidado no SUS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, associada à pesquisa documental e à análise de dados epidemiológicos secundários. O estudo foi direcionado à atualização do atendimento médico de emergência ao paciente com AVC isquêmico agudo, considerando reconhecimento pré-hospitalar, diagnóstico, trombolise intravenosa, tromboectomia mecânica, cuidados após reperfusão e organização da rede assistencial. A revisão narrativa foi escolhida por possibilitar a integração entre recomendações clínicas recentes, documentos normativos e características do Sistema Único de Saúde (SUS).

A busca bibliográfica foi realizada, entre julho e agosto de 2026, nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados cinco descritores controlados dos vocabulários DeCS e MeSH: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico; Serviços Médicos de Emergência; Terapia Trombolítica; Tromboectomia Guias de Prática Clínica como Assunto. Os descritores foram combinados com os operadores booleanos AND e OR, conforme a estrutura de cada base.

Foram incluídas diretrizes clínicas, recomendações de sociedades científicas, revisões e artigos publicados entre janeiro de 2018 e agosto de 2026, disponíveis na íntegra em português, inglês ou espanhol e relacionados ao tema e que atendessem ao objetivo do estudo. Foram excluídos documentos duplicados, textos sem acesso integral, estudos experimentais, publicações sem relação ao tema e que não respondessem ao objetivo. Para documentos legais e normativos brasileiros, não foi aplicado limite temporal, em razão da necessidade de recuperar a formação e a atualização da linha de cuidado do AVC no SUS.

As informações foram registradas em uma matriz contendo autoria ou instituição, ano, tipo de documento, população, contexto assistencial e principais recomendações. Em seguida, realizou-se leitura crítica e comparativa do



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência II CONPAUE

material, acompanhando a sequência do atendimento ao paciente, desde o reconhecimento dos sintomas até os cuidados hospitalares posteriores à reperfusão. A síntese foi apresentada de forma narrativa, articulando a diretriz AHA/ASA 2026, os artigos selecionados e os protocolos brasileiros.

Por empregar documentos públicos e dados secundários agregados, sem identificação individual dos pacientes, o estudo não envolveu abordagem direta de seres humanos. Dessa forma, enquadra-se entre as pesquisas que não necessitam de apreciação pelo Sistema CEP/Conep, conforme as condições previstas na Resolução CNS nº 510/2016, devendo-se observar, contudo, as exigências da instituição e do periódico ao qual o trabalho será submetido. Foram respeitados os princípios de integridade científica, fidelidade às fontes consultadas e apresentação responsável das informações epidemiológicas

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material selecionado reuniu ensaios clínicos, avaliações econômicas, recomendações especializadas e pesquisas sobre a estrutura assistencial brasileira. As publicações concentraram-se nas intervenções que modificaram a prática de emergência nos últimos anos, incluindo unidades móveis, inteligência artificial aplicada à neuroimagem, tenecteplase, tratamento antiplaquetário, ampliação da trombectomia e manejo posterior à reperfusão. O Quadro 1 apresenta as fontes utilizadas nesta etapa, todas distintas das referências empregadas na introdução.

Quadro 1 – Caracterização dos documentos utilizados nos resultados e discussão.

Autoria ou instituição	Tipo de documento	População	Contexto assistencial	Principais recomendações
Grotta <i>et al.</i> 2021	Estudo prospectivo, multicêntrico e controlado	1.515 pacientes com suspeita de AVC, dos quais 1.047 eram elegíveis à trombólise	Atendimento pré-hospitalar por unidade móvel de AVC ou serviço convencional	Implantar unidades móveis em locais com viabilidade estrutural, considerando a redução do tempo até a trombólise e a melhora funcional observada.
Pérez de la Ossa <i>et al.</i> 2022	Ensaio clínico randomizado por conglomerados	1.401 pacientes com suspeita de oclusão de grande vaso	Transporte pré-hospitalar em áreas não urbanas da Catalunha	Não adotar o desvio direto para centros de trombectomia de forma indiscriminada; a escolha do destino deve considerar distância, acesso à trombólise e eficiência das transferências.
Ahmed <i>et al.</i> 2025	Revisão sistemática	Nove pesquisas sobre inteligência artificial aplicada à neuroimagem de emergência	Interpretação de tomografia e ressonância em pacientes com suspeita de AVC	Utilizar a inteligência artificial como apoio na detecção de hemorragia, cálculo do ASPECTS e identificação de oclusão, mantendo supervisão médica e validação externa.
Muir <i>et al.</i> 2024	Ensaio clínico randomizado – ATTEST-2	1.858 adultos randomizados, dos quais 1.777 receberam trombólise	Atendimento hospitalar dentro de 4,5 horas do início dos sintomas	Considerar a tenecteplase na dose de 0,25 mg/kg como alternativa à alteplase, devido à não inferioridade e à facilidade de administração em bolus.
Meng <i>et al.</i> 2024	Ensaio clínico randomizado – ORIGINAL	1.489 pacientes randomizados e 1.465 incluídos na análise	Trombólise hospitalar dentro da janela de 4,5 horas	A tenecteplase apresentou eficácia e segurança semelhantes às da alteplase, podendo simplificar o atendimento e a transferência entre hospitais.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência II CONPAUE

Autoria ou instituição	Tipo de documento	População	Contexto assistencial	Principais recomendações
Chen <i>et al.</i> 2023	Ensaio clínico randomizado – ARAMIS	760 pacientes com AVC isquêmico menor e déficit não incapacitante	Emergência hospitalar dentro de 4,5 horas	Considerar terapia antiplaquetária dupla de curta duração nos quadros menores não incapacitantes, após exclusão de contraindicações e adequada classificação funcional.
Coutts <i>et al.</i> 2024	Ensaio clínico randomizado – TEMPO-2	886 pacientes com NIHSS entre zero e cinco e oclusão intracraniana comprovada	AVC menor tratado em até 12 horas	Não utilizar tenecteplase rotineiramente nos casos menores sem déficit incapacitante, diante da ausência de benefício e da possibilidade de dano.
Xiong <i>et al.</i> 2024	Ensaio clínico randomizado – TRACE-III	Pacientes com oclusão anterior de grande vaso, tecido recuperável e sem indicação ou acesso à trombectomia	Trombólise entre 4,5 e 24 horas, com seleção por perfusão	Considerar tenecteplase na janela ampliada somente em pacientes selecionados por imagem e que não possam realizar trombectomia.
Albers <i>et al.</i> 2024	Ensaio clínico randomizado – TIMELESS	458 pacientes com oclusão da artéria cerebral média ou carótida interna e tecido recuperável	Atendimento entre 4,5 e 24 horas; a maioria realizou trombectomia	Não administrar tenecteplase rotineiramente antes da trombectomia na janela tardia, pois não foi demonstrado benefício funcional adicional.
Sarraj <i>et al.</i> 2023	Ensaio clínico randomizado – SELECT2	352 pacientes com oclusão anterior de grande vaso e infarto cerebral extenso	Trombectomia realizada em até 24 horas	Não excluir automaticamente pacientes com grande área isquêmica; a indicação deve integrar imagem, tempo, funcionalidade anterior e condição clínica.
Huo <i>et al.</i> 2023	Ensaio clínico randomizado – ANGEL-ASPECT	456 pacientes com ASPECTS entre três e cinco ou núcleo isquêmico entre 70 e 100 mL	Tratamento endovascular em até 24 horas	Considerar trombectomia em pacientes selecionados com infarto extenso, ponderando o benefício funcional e o maior risco de hemorragia intracraniana.
Bendszus <i>et al.</i> 2023	Ensaio clínico randomizado – TENSION	253 pacientes com oclusão anterior de grande vaso e ASPECTS entre três e cinco	Seleção predominantemente por tomografia sem contraste e tratamento em até 12 horas	Admitir a seleção para trombectomia por tomografia simples quando exames de perfusão não estiverem disponíveis, desde que exista avaliação especializada.
Tao <i>et al.</i> 2022	Ensaio clínico randomizado – ATTENTION	340 pacientes com oclusão da artéria basilar	Trombectomia realizada em até 12 horas	Recomendar avaliação endovascular para oclusão basilar com déficit neurológico relevante, considerando possibilidade de benefício funcional e riscos procedimentais.
Jovin <i>et al.</i> 2022	Ensaio clínico randomizado – BAOCHÉ	217 pacientes com oclusão da artéria basilar	Trombectomia entre seis e 24 horas do início dos sintomas	Considerar trombectomia tardia em pacientes selecionados, após análise da gravidade, extensão da lesão e risco hemorrágico.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência II CONPAUE

Autoria ou instituição	Tipo de documento	População	Contexto assistencial	Principais recomendações
Martins <i>et al.</i> 2020	Ensaio clínico randomizado – RESILIENT	300 participantes incluídos, dos quais 221 foram randomizados	Hospitais públicos brasileiros, com tratamento da oclusão anterior em até oito horas	Ofertar trombectomia no SUS para pacientes elegíveis, pois o procedimento melhorou a recuperação funcional sem aumentar a hemorragia sintomática.
Souza <i>et al.</i> 2022	Avaliação econômica baseada no RESILIENT	Subamostra de 151 pacientes do ensaio brasileiro	Perspectiva econômica do sistema público de saúde	Incorporar a trombectomia aos centros públicos habilitados, pois os benefícios funcionais de longo prazo tendem a compensar os custos iniciais.
Nam <i>et al.</i> 2023	Ensaio clínico randomizado – OPTIMAL-BP	306 pacientes com reperfusão bem-sucedida após trombectomia	Controle pressórico durante as primeiras 24 horas após o procedimento	Evitar redução intensiva da pressão sistólica para valores inferiores a 140 mmHg, devido à menor independência funcional registrada.
Yang <i>et al.</i> 2022	Ensaio clínico randomizado – ENCHANTED2/MT	821 pacientes com pressão arterial elevada após trombectomia bem-sucedida	Cuidados posteriores à reperfusão endovascular	Não reduzir a pressão sistólica para menos de 120 mmHg, pois essa estratégia esteve associada a pior evolução funcional.
Johnston <i>et al.</i> 2019	Ensaio clínico randomizado – SHINE	1.151 pacientes com AVC isquêmico agudo e hiperglicemia	Controle glicêmico nas primeiras 72 horas de hospitalização	Evitar meta glicêmica intensiva entre 80 e 130 mg/dL, pois não melhorou o prognóstico e aumentou a ocorrência de hipoglicemia grave.
Dziewas <i>et al.</i> 2021	Diretriz clínica baseada em revisões sistemáticas	Pacientes adultos com disfagia após AVC	Cuidados hospitalares durante a fase aguda	Realizar triagem da deglutição antes da oferta de alimentos, líquidos ou medicamentos por via oral e encaminhar casos alterados para avaliação especializada.
Rocha <i>et al.</i> 2025	Artigo de revisão do protocolo brasileiro	Adultos com AVC isquêmico agudo atendidos pelo SUS	Diagnóstico, trombólise, trombectomia e monitoramento clínico	Manter a alteplase como trombolítico previsto no protocolo brasileiro e realizar trombectomia conforme critérios clínicos, funcionais, vasculares e radiológicos.
Pires <i>et al.</i> 2026	Estudo nacional de avaliação de serviços	216 centros de atendimento ao AVC avaliados no Brasil	Estrutura, recursos e qualidade dos serviços públicos e privados	Ampliar unidades de AVC, neurologia contínua, trombectomia durante 24 horas e certificação dos centros, priorizando a redução das desigualdades regionais.
Ahmed <i>et al.</i> 2025	Revisão sistemática	Nove estudos sobre inteligência artificial aplicada à neuroimagem de pacientes com suspeita de AVC	Interpretação emergencial de tomografia computadorizada, angiotomografia, perfusão e ressonância magnética	Utilizar a inteligência artificial como ferramenta de apoio à identificação de hemorragia, cálculo do ASPECTS e detecção de oclusões vasculares, sem substituir a avaliação clínica e radiológica especializada.

Fonte: elaboração própria, com base nos documentos selecionados para a revisão narrativa.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

No atendimento pré-hospitalar, veículos móveis equipados com tomógrafo e profissionais especializados encurtaram o intervalo entre o início dos sintomas e a trombólise de 108 para 72 minutos. Entre os pacientes elegíveis, registrou-se que 97,1% receberam trombolítico nesse modelo, em comparação com 79,5% no atendimento convencional, enquanto a recuperação funcional sem incapacidade significativa foi de 55% e 44,4%, respectivamente. Contudo, o encaminhamento direto de toda suspeita de oclusão de grande vaso para centros de trombectomia não resultou em melhora do desfecho neurológico em áreas não urbanas, além de reduzir o acesso à trombólise intravenosa. Portanto, a escolha do destino deve levar em conta a distância, a capacidade da unidade inicial e a eficiência da transferência secundária (Grotta *et al.*, 2021; Pérez de la Ossa *et al.*, 2022).

Na avaliação por imagem, sistemas automatizados têm sido empregados para identificar hemorragias, estimar o escore ASPECTS, localizar oclusões arteriais e quantificar o tecido cerebral afetado. Uma revisão de nove estudos apontou área sob a curva de até 0,98 na detecção de hemorragia, índice de concordância com especialistas de até 0,90 na classificação automatizada do ASPECTS e tempo de processamento aproximado entre dois e quatro minutos. Essas ferramentas podem acelerar a troca de informações entre hospitais e dar suporte a equipes que não dispõem de neurorradiologista presente no local contudo ainda apresentam restrições em relação a lesões na circulação posterior, à transferência de dados e à validação entre diferentes aparelhos. Dessa forma, a inteligência artificial deve ser utilizada como complemento à interpretação médica, sem substituir a avaliação clínica e radiológica (Ahmed *et al.*, 2025).

A substituição da alteplase pela tenecteplase encontrou respaldo em ensaios de grande porte realizados dentro da janela convencional. No ATTEST-2, 1.777 pacientes tratados foram avaliados e a tenecteplase apresentou resultado funcional não inferior ao da alteplase, com razão de chances de 1,07 e frequência semelhante de hemorragia intracerebral sintomática (Muir *et al.*, 2024). Meng *et al.* (2024) incluiu 1.465 participantes na análise e registrou desfecho funcional favorável em 72,7% dos pacientes tratados com tenecteplase e em 70,3% daqueles que receberam alteplase, com hemorragia sintomática de 1,2% nos dois grupos. A administração em bolus único pode simplificar o fluxo e facilitar transferências, mas depende de protocolos seguros de indicação, dose e monitoramento.

Chen *et al.* (2023) compararam a dupla antiagregação plaquetária, composta por ácido acetilsalicílico e clopidogrel, com a alteplase em 760 pacientes com AVC isquêmico de baixa gravidade e sem déficit incapacitante, atendidos nas primeiras 4,5 horas. Aos 90 dias, a independência funcional ocorreu em 93,8% dos participantes tratados com antiagregantes e em 91,4% daqueles que receberam trombólise. A hemorragia intracraniana sintomática foi registrada em 0,3% e 0,9%, respectivamente. Esses resultados sustentam a dupla antiagregação como alternativa para pacientes cuidadosamente selecionados, mas não autorizam sua aplicação aos casos em que déficits aparentemente leves possam comprometer atividades relevantes, como fala, visão, marcha ou função manual (Coutts *et al.*, 2024).

Xiong *et al.* (2024) avaliaram a tenecteplase administrada entre 4,5 e 24 horas após o início do AVC em pacientes com oclusão de grande vaso, presença de tecido cerebral recuperável e sem possibilidade de trombectomia mecânica. A independência funcional aos 90 dias foi alcançada por 33% dos pacientes que receberam o trombolítico, em comparação com 24,2% do grupo submetido ao cuidado convencional. Em outra configuração assistencial, Albers *et al.* (2024) não identificaram melhora funcional com a tenecteplase em relação ao placebo, sendo que 77,3% dos participantes foram posteriormente encaminhados para trombectomia. A indicação tardia desse medicamento deve, portanto, considerar não apenas os critérios de imagem, mas também o acesso ao tratamento endovascular e a possibilidade real de benefício adicional antes do procedimento.

A ampliação da trombectomia para pacientes com infarto cerebral extenso modificou critérios que anteriormente restringiam o procedimento. Sarraj *et al.* (2023) randomizaram 352 pacientes e identificaram independência funcional aos 90 dias em 20,3% daqueles submetidos à intervenção, comparados a 7% no tratamento clínico. Bendszus *et al.* (2023) também registraram melhora funcional e menor mortalidade entre pacientes com ASPECTS de três a cinco. Apesar do benefício, parte dos sobreviventes permaneceu com limitações importantes, exigindo que a indicação



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

considere o volume da lesão, a funcionalidade anterior, a idade, o tempo de evolução e as expectativas compartilhadas com o paciente e sua família.

A seleção adotada por Bendszus *et al.* (2023) possui aplicação relevante em serviços sem disponibilidade contínua de tomografia de perfusão ou ressonância magnética. A maioria dos participantes foi avaliada por tomografia sem contraste, associada à investigação vascular e aos dados clínicos, e a trombectomia apresentou razão de chances ajustada de 2,58 para melhor evolução funcional. A hemorragia intracraniana sintomática ocorreu em 6% dos pacientes tratados por via endovascular e em 5% do grupo clínico. Os exames avançados permanecem úteis, mas sua ausência não deve determinar a exclusão automática quando houver avaliação tomográfica adequada e comunicação imediata com a equipe intervencionista.

A expansão do tratamento endovascular também alcançou as oclusões da artéria basilar, geralmente associadas a elevada mortalidade e incapacidade. Tao *et al.* (2022) registraram desfecho funcional favorável, correspondente a pontuação de zero a três na escala de Rankin modificada, em 46% dos pacientes submetidos à trombectomia e em 23% daqueles que receberam tratamento clínico; a mortalidade foi de 37% e 55%, respectivamente. Entre pacientes atendidos de seis a 24 horas após o início dos sintomas, Jovin *et al.* (2022) encontraram o mesmo desfecho em 46% do grupo endovascular e em 24% dos controles. A hemorragia intracraniana sintomática, entretanto, ocorreu em 6% e 1%, reforçando a necessidade de seleção clínica e radiológica criteriosa.

No contexto do SUS, Martins *et al.* (2020) randomizaram 221 pacientes antes da interrupção antecipada da pesquisa por eficácia e encontraram independência funcional em 35,1% daqueles submetidos à trombectomia, diante de 20% no grupo clínico. A intervenção aumentou em 2,28 vezes a chance de evolução para uma categoria funcional mais favorável, sem diferença na ocorrência de hemorragia intracraniana sintomática, registrada em 4,5% nos dois grupos. Souza *et al.* (2022) acrescentaram que o custo inicial do procedimento pode ser compensado pela menor dependência funcional e pela redução das despesas assistenciais acumuladas, embora essa relação dependa da organização regional e do acesso oportuno aos centros especializados.

Após a obtenção da reperusão, a redução intensiva da pressão arterial não correspondeu a uma recuperação neurológica superior. Nam *et al.* (2023) encontraram independência funcional em 39,4% dos pacientes mantidos com pressão sistólica inferior a 140 mmHg e em 54,4% daqueles conduzidos na faixa de 140 a 180 mmHg. Yang *et al.* (2022), ao avaliarem 821 participantes, observaram pior evolução funcional quando a pressão sistólica foi reduzida para menos de 120 mmHg, o que motivou a interrupção antecipada da pesquisa. Valores excessivamente baixos podem comprometer a perfusão de regiões cerebrais ainda vulneráveis, justificando metas individualizadas e redução gradual após a trombectomia.

Além da estabilidade hemodinâmica, o controle glicêmico e a proteção da deglutição integram a assistência posterior à reperusão. Johnston *et al.* (2019) acompanharam 1.151 pacientes com hiperglicemia e encontraram evolução funcional favorável em 20,5% do grupo submetido ao controle intensivo, comparado a 21,6% no tratamento convencional. A hipoglicemia grave atingiu 2,6% dos pacientes conduzidos de forma intensiva e não ocorreu no grupo convencional. Dziewas *et al.* (2021) acrescentam que a disfagia pode acometer mais da metade dos pacientes na fase aguda, tornando necessária a avaliação da deglutição antes da oferta de alimentos, líquidos ou medicamentos por via oral, com encaminhamento especializado quando houver alteração.

A realização dessas condutas, contudo, permanece condicionada à capacidade instalada da rede brasileira. Pires *et al.* (2026) avaliaram 216 centros e identificaram que 51% atendiam usuários do sistema público, 46% possuíam unidade de AVC e 47% ofereciam trombectomia ininterruptamente, enquanto 77% estavam concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Rocha *et al.* (2025) registram que o protocolo nacional mantém a alteplase como trombolítico indicado e condiciona a trombectomia a critérios clínicos, vasculares, radiológicos e funcionais. A incorporação das



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

recomendações internacionais ao SUS exige, portanto, avaliação regulatória, financiamento, qualificação profissional, ampliação dos centros habilitados e definição de fluxos regionais que reduzam as desigualdades de acesso.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atualização do atendimento médico de emergência ao paciente com AVC isquêmico agudo permitiu compreender que a qualidade da assistência depende da integração entre avaliação clínica, decisão terapêutica, monitoramento e capacidade de encaminhamento. As recomendações da AHA/ASA de 2026 ampliam as possibilidades de tratamento, mas exigem interpretação criteriosa, especialmente diante das condições funcionais anteriores, dos riscos envolvidos e dos recursos disponíveis em cada serviço.

Para a urgência e emergência, a principal contribuição consiste na valorização de decisões individualizadas, realizadas sem atrasos desnecessários e sustentadas por protocolos compatíveis com a realidade assistencial. A atualização científica não deve ser reduzida à substituição de medicamentos ou à ampliação isolada de indicações. Sua aplicação envolve comunicação eficiente entre equipes, definição prévia de responsabilidades e continuidade do cuidado durante todo o percurso do paciente.

No SUS, a adoção dessas recomendações precisa respeitar a regulamentação sanitária, os processos de incorporação tecnológica e as diferenças regionais de acesso. A simples reprodução de diretrizes internacionais pode ampliar desigualdades quando não acompanhada de financiamento, transporte sanitário adequado, regulação eficiente e disponibilidade de profissionais capacitados. A atualização dos protocolos brasileiros deve combinar segurança clínica, viabilidade operacional e garantia de acesso oportuno, evitando que o local de residência determine a possibilidade de tratamento.

Entre as limitações deste estudo estão o caráter narrativo da revisão, a ausência de avaliação formal do risco de viés e a heterogeneidade clínica e metodológica dos documentos consultados. A utilização de dados epidemiológicos secundários também restringe a análise de características individuais e das diferenças entre os serviços. Soma-se a isso o curto período decorrido desde a publicação da diretriz de 2026, que ainda limita a disponibilidade de avaliações sobre sua implementação e seus efeitos em contextos assistenciais distintos.

Recomenda-se revisar periodicamente os protocolos institucionais, capacitar as equipes mediante simulações clínicas, monitorar os intervalos do atendimento e estabelecer fluxos regionais para transferência imediata. Pesquisas futuras devem avaliar a implementação das novas recomendações no SUS, considerando efetividade, segurança, custos, desigualdades territoriais e resultados funcionais em longo prazo. Essa produção poderá orientar decisões regulatórias e contribuir para uma assistência em urgência e emergência mais ágil, segura e compatível com as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- AHMED, A. E. *et al.* The role of artificial intelligence in stroke imaging in emergency settings: a systematic review. *Cureus*, v. 17, n. 10, e93941, 2025. DOI: 10.7759/cureus.93941.
- ALBERS, G. W. *et al.* Tenecteplase for stroke at 4.5 to 24 hours with perfusion-imaging selection. *The New England Journal of Medicine*, v. 390, n. 8, p. 701–711, 2024. DOI: 10.1056/NEJMoa2310392.
- BOULANGER, J. M. *et al.* Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*, v. 13, n. 9, p. 949–984, 2018. DOI: 10.1177/1747493018786616.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília, DF, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 24 de novembro de 2023. Inclui procedimento relacionado à trombectomia mecânica no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade: mortalidade por doenças cerebrovasculares, segundo residência, 2024. Brasília, DF, 2026a. Consulta realizada em 22 ago. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS: internações por infarto cerebral, ano de atendimento 2024. Brasília, DF, 2026b. Consulta realizada em 22 ago. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão Integrado 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c.
- BENDSZUS, M. *et al.* Endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke with established large infarct: multicentre, open-label, randomised trial. *The Lancet*, v. 402, n. 10414, p. 1753–1763, 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02032-9.
- CHEN, H. S. *et al.* Dual antiplatelet therapy versus alteplase for patients with minor nondisabling acute ischemic stroke: the ARAMIS randomized clinical trial. *JAMA*, v. 329, n. 24, p. 2135–2144, 2023. DOI: 10.1001/jama.2023.7827.
- COUTTS, S. B. *et al.* Tenecteplase versus standard of care for minor ischaemic stroke with proven occlusion: the TEMPO-2 trial. *The Lancet*, v. 403, n. 10444, p. 2597–2605, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00921-8.
- DZIEWAS, R. *et al.* European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, v. 6, n. 3, p. LXXXIX–CXV, 2021. DOI: 10.1177/23969873211039721.
- GROTTA, J. C. *et al.* Prospective, multicenter, controlled trial of mobile stroke units. *The New England Journal of Medicine*, v. 385, n. 11, p. 971–981, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2103879.
- HA, S. H. *et al.* Initial diagnosis and management of acute ischemic stroke: updates and future directions. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, v. 13, n. 1, p. 5–12, 2026. DOI: 10.15441/ceem.25.241.
- HILL, D.; LIVESAY, S. The 2026 AHA/ASA Guidelines Update: Part 1 – Hyperacute Ischemic Stroke Care. *Stroke Clinician*, v. 3, n. 1, 2026. DOI: 10.59236/sc.v3i1.113.
- functional outcome in patients with acute ischemic stroke: the SHINE randomized clinical trial. *JAMA*, v. 322, n. 4, p. 326–335, 2019. DOI: 10.1001/jama.2019.9346.
- JOVIN, T. G. *et al.* Trial of thrombectomy 6 to 24 hours after stroke due to basilar-artery occlusion. *The New England Journal of Medicine*, v. 387, n. 15, p. 1373–1384, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2207576.
- MARTINS, S. O. *et al.* Thrombectomy for stroke in the public health care system of Brazil. *The New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 24, p. 2316–2326, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2000120.
- MENG, X. *et al.* Tenecteplase versus alteplase for patients with acute ischemic stroke: the ORIGINAL randomized clinical trial. *JAMA*, v. 332, p. 1437–1445, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.14721.
- MUIR, K. W. *et al.* Tenecteplase versus alteplase for acute stroke within 4.5 hours of onset: the ATTEST-2 trial. *The Lancet Neurology*, v. 23, n. 11, p. 1087–1096, 2024. DOI: 10.1016/S1474-4422(24)00377-6.
- NAM, H. S. *et al.* Intensive versus conventional blood pressure lowering after endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke: the OPTIMAL-BP randomized clinical trial. *JAMA*, v. 330, n. 9, p. 832–842, 2023. DOI: 10.1001/jama.2023.14590.
- PÉREZ DE LA OSSA, N. *et al.* Effect of direct transportation to thrombectomy-capable center versus local stroke center on neurological outcomes: the RACECAT randomized clinical trial. *JAMA*, v. 327, n. 18, p. 1782–1794, 2022. DOI: 10.1001/jama.2022.4404.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **II CONPAUE**

- PIRES, A. P. *et al.* Assessing the quality of stroke services in Brazil using the World Stroke Organization Roadmap. *Cerebrovascular Diseases*, v. 55, n. 1, p. 72–82, 2026. DOI: 10.1159/000546276.
- PRABHAKARAN, S. *et al.* 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 57, n. 8, 2026a. DOI: 10.1161/STR.0000000000000513.
- PRABHAKARAN, S. *et al.* Correction to: 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, v. 57, n. 8, p. e461–e467, 2026b. DOI: 10.1161/STR.0000000000000530.
- ROCHA, A. *et al.* Brazilian Public Health System protocol for the diagnosis, treatment, and clinical monitoring of acute ischemic stroke. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 83, n. 5, 2025. DOI: 10.1055/s-0045-1806923.
- SARRAJ, A. *et al.* Trial of endovascular thrombectomy for large ischemic strokes. *The New England Journal of Medicine*, v. 388, p. 1259–1271, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2214403.
- SOUZA, A. C. *et al.* Cost-effectiveness of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke in Brazil: results from the RESILIENT trial. *International Journal of Stroke*, v. 17, n. 8, p. 855–862, 2022. DOI: 10.1177/17474930211055932.
- TAO, C. *et al.* Trial of endovascular treatment of acute basilar-artery occlusion. *The New England Journal of Medicine*, v. 387, n. 15, p. 1361–1372, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2206317.
- TURC, G. *et al.* European Stroke Organisation–European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy guidelines on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke. *Journal of NeuroInterventional Surgery*, v. 11, n. 6, p. 535–538, 2019. DOI: 10.1136/neurintsurg-2018-014569
- XIONG, Y. *et al.* Tenecteplase for ischemic stroke at 4.5 to 24 hours without thrombectomy. *The New England Journal of Medicine*, v. 391, n. 3, p. 203–212, 2024. DOI: 10.1056/NEJMoa2402980.
- YANG, P. *et al.* Intensive blood pressure control after endovascular thrombectomy for acute ischaemic stroke: the ENCHANTED2/MT trial. *The Lancet*, v. 400, n. 10363, p. 1585–1596, 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01882-7.



Editora

Cognitus



Revista: Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)