



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O ATENDIMENTO DA PESSOA PELA VIA VERDE DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sandra Patrícia da Silva Vilas Boas

Julho de 2023
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Sandra Patrícia da Silva Vilas Boas

**O ATENDIMENTO DA PESSOA PELA VIA VERDE DO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Maria Aurora Pereira

Julho de 2023

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **Maria Aurora Pereira**,

orientadora desta dissertação de mestrado, pela partilha de conhecimento, pelo acompanhamento e pela disponibilidade ao longo deste percurso.

A toda a minha **Família** e aos meus **Amigos** pela amizade, paciência e encorajamento nos momentos de maior dificuldade.

Ao **Simão** que foi sempre o meu apoio nos bons e maus momentos, e me mostrou que era capaz.

Um agradecimento especial, à **Joana**, por toda a ajuda, incentivo e estímulo.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a materialização desta investigação.

A minha sincera Gratidão!

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”

Sócrates

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira principal causa de morte nos países industrializados. O AVC, é uma condição de emergência médica, e neste sentido foi criada a Via Verde (VV) do AVC, de forma a garantir que as pessoas com sinais e sintomas de AVC sejam prioritárias no seu atendimento.

Pretendemos com este estudo, analisar a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC).

Para dar resposta a este objetivo foi realizado um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória num SUMC de um hospital do norte de Portugal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde envolvidos na prestação direta de cuidados à pessoa com VV do AVC e efetuada observação dos mesmos. Os dados foram analisados com o recurso à análise de conteúdo de acordo com Laurence Bardin (2010) e análise estatística descritiva.

Após a análise dos dados obtidos, emergiram os resultados que demonstram que os profissionais de saúde conhecem as intervenções que têm de desempenhar e foram identificadas dificuldades e sugestões de melhoria na implementação da VV do AVC. Tanto nos fatores dificultadores como nas sugestões de melhoria sobressaem a Triagem de Manchester (TM), o Serviço de Radiologia e os recursos humanos e materiais, entrecruzando-se assim. Podemos também verificar que nas observações efetuadas, estas cumprem maioritariamente os tempos definidos pelas *Guidelines* da American Heart Association (AHA).

Os participantes responderam unanimemente que a prioridade é a realização de exame de neuroimagem. A Equipa de Enfermagem sente algumas dificuldades na implementação do protocolo da VV do AVC, reportando-se à Triagem de Manchester.

Como sugestões de melhoria sobressaíram a Formação e Treino em Equipa, melhoria da comunicação, otimização dos recursos Humanos e materiais e uma avaliação médica inicial mais rápida.

Os resultados obtidos neste estudo proporcionam informação para o desenvolvimento de um pensamento crítico, com o intuito de melhoria e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, no atendimento da pessoa pela VV do AVC.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Triagem; Profissionais de Saúde; Serviço de Urgência.

ABSTRACT

Stroke is the third leading cause of death in industrialized countries, after heart disease and cancer. Stroke is a condition of medical emergency, and in this sense the Stroke Code protocol was created, in order to ensure that people with signs and symptoms of stroke are given priority in their care.

With this study, we intend to analyze the intervention of health professionals in the implementation of the stroke VV protocol in the Medical-Surgical Emergency Service (MSES).

In order to respond to this objective, a qualitative, descriptive and exploratory study was carried out in a MSES from a hospital in the north of Portugal. Semi-structured interviews were carried out with health professionals involved in the direct provision of care to people with VV of stroke and their observation was carried out. Data were analyzed using content analysis according to Laurence Bardin (2010) and descriptive statistical analysis.

After analyzing the data obtained, the results emerged that demonstrate that health professionals know the interventions they have to perform and difficulties and suggestions for improvement in the implementation of the Stroke Code protocol were identified. Both in the hindering factors and in the suggestions for improvement, the Manchester Triage, the Radiology Service and the human and material resources stand out, intersecting in this way. We can also verify that in the observations made, these mostly comply with the times defined by the *Guidelines* of American Heart Association (AHA).

Participants unanimously responded that the priority is to perform a neuroimaging exam. The Nursing Team experiences some difficulties in implementing the stroke VV protocol, reporting to the Manchester Triage.

Suggestions for improvement included Team Training and Training, improved communication, optimization of human and material resources and a faster initial medical assessment.

The results obtained in this study provide information for the development of critical thinking, with the aim of improving and perfecting health professionals in caring for people with Stroke Code protocol.

Keywords: Stroke; Triage; Health Personnel; Emergency Service Hospital.

SIGLAS

ACS - Alto Comissariado da Saúde

AHA – American Heart Association

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CNDVC - Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DC – Doença Cardiovascular

DCI – Doença Cardíaca Isquémica

DCV - Doenças Cerebrovasculares

DGS – Direção Geral-Saúde

DMC – Departamento de Medicina Crítica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ESO - European Stroke Organisation

FRCV - Fatores de Risco Cardiovascular

HTA – Hipertensão Arterial

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

NINDS - National Institute of Neurological Disorders and Stroke

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SE – Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STPM - Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TM – Triagem de Manchester

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

VV do AVC - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1. O Acidente Vascular Cerebral.....	19
1.1. Acidente Vascular Cerebral Isquémico	21
1.2. Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	22
2. O Acidente Vascular Cerebral em Portugal.....	25
3. A Via Verde do Acidente Vascular Cerebral.....	26
3.1. Protocolo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral	27
4. Cuidar da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência	33
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
1. Questão de Investigação, Objetivos e Finalidade.....	39
2. Tipo de Estudo.....	40
3. O Contexto do Estudo.....	41
4. População e Amostra.....	42
4.1. Caracterização dos Participantes	43
5. Procedimento de Recolha de Dados.....	44
6. Procedimento de Análise dos Dados	46
7. Considerações Éticas em Investigação.....	47
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	49
1. Da entrevista.....	51
1.1. Intervenções na implementação do protocolo da VV do AVC	51
1.2. Fatores dificultadores na VV do AVC.....	56
1.3. Sugestões de melhoria na VV do AVC	61
2. Da observação.....	65
2.1. Tempo desde a chegada da pessoa até à Triagem de Manchester	65
2.2. Cateterização da veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico	66

2.3. Monitorização de sinais vitais	66
2.4. Tempo de permanência da Pessoa na Sala de Emergência até encaminhamento ao serviço de Radiologia	67
2.5. Tempo desde a chegada da Pessoa até ao início da Fibrinólise.....	67
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
1. Intervenções dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC	71
2. Identificar os fatores dificultadores na intervenção dos profissionais de saúde no atendimento da pessoa pela VV do AVC	74
3. Sugestões de melhoria na VV do AVC.....	77
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	93
ANEXO I - Autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração.....	94
ANEXO II - Protocolo da VV do AVC	97
APÊNDICES.....	105
APÊNDICE I – Quadro síntese da análise de conteúdo – temáticas, Categorias, Subcategoria e Unidades de Registo.....	106
APÊNDICE II – Grelha de Observação dos Profissionais de Saúde no Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral.....	127
APÊNDICE III - O Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência – Guião da Entrevista Enfermeiros.....	132
APÊNDICE IV - O Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência – Guião da Entrevista Médicos.....	132
APÊNDICE V - Declaração de Consentimento Informado	135

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Tipos de AVC.....	19
TABELA 2 - Fatores de Risco para o AVC.....	20
TABELA 3 - Territórios Vasculares e Manifestações Clínicas.....	21
TABELA 4 - Principais quadros clínicos dos Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos.....	22
TABELA 5 - Escala de Cincinnati (Cincinnati Stroke Scale – FAST).....	28
TABELA 6 - Tempos intra-hospitalares recomendados na VV do AVC.....	31
TABELA 7 - Critérios de inclusão e de exclusão para a realização de fibrinólise	32
TABELA 8 - Caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes do estudo.....	43

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Prioridades e tempos de espera atribuídos pelo Sistema de Triagem de Manchester.....	29
QUADRO 2 - Escala de Rankin modificada.....	30
QUADRO 3 - Intervenções na implementação do protocolo da VV do AVC.....	51
QUADRO 4 - Fatores dificultadores na VV do AVC: categorias e subcategorias.....	56
QUADRO 5 - Sugestões de melhoria na VV do AVC: categorias e subcategorias.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Cadeia assistencial na VV pré-hospitalar do AVC.....	26
-----------------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira principal causa de morte nos países industrializados, depois das doenças cardíacas e oncológicas. O AVC é definido como o desenvolvimento rápido de sintomas/sinais clínicos de um distúrbio focal da função cerebral, com duração superior a 24 horas ou que conduzam à morte, sem outra causa aparente para além da vascular (OMS, 2006).

Em Portugal, as Doenças Cardiovasculares (DC), da qual se incluem o AVC e a Doença Cardíaca Isquémica (DCI), representou em 2015, a principal causa de morte, sendo responsável por 29,8% do total de óbitos registados. Desagregando por patologia, relatam-se para o mesmo ano 7328 mortes relacionadas com DCI e 11778 provocadas por AVC [Instituto Nacional Estatística (INE), 2017].

Dado o conhecimento sobre as Doenças Cerebrovasculares (DCV), as recomendações atuais enfatizam o controlo dos Fatores de Risco Cardiovasculares (FRCV), o conhecimento dos sinais de alerta, o aumento do número de Unidades de AVC, o reforço do nível de qualificação dos profissionais de saúde e a implementação de protocolos de emergência nas fases pré e intra-hospitalar, designados habitualmente por Via Verde (VV) do AVC (Barreira, 2018).

“O protocolo da VV do AVC tem como objetivo conseguir que todos os doentes com AVC de origem isquémica cheguem em tempo oportuno a um hospital, tenham acesso rápido a um diagnóstico definitivo e, nos casos elegíveis, a tratamento de reperfusão” (Barreira, 2018, p.13).

Para este mesmo autor, um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), deve implementar a VV do AVC conforme as recomendações nacionais e internacionais, organizando formas eficientes de receber, avaliar, diagnosticar, tratar ou transferir doentes com AVC (Barreira, 2018).

No ano de 2011, o SUMC de um Hospital da região Norte, onde exercemos a nossa atividade profissional, colocou em funcionamento o protocolo da VV do AVC. Em 2019, surgiu a oportunidade de integrarmos o Grupo de Trabalho dedicado a esta VV, e neste sentido, emergiu a nossa propensão relativamente a esta temática, dando impulso à realização deste trabalho de investigação. Como parte integrante do grupo da VV do AVC do Hospital em estudo, é nosso interesse perceber se a pessoa com sinais e sintomas de AVC é bem identificada e se todo o percurso da pessoa com esta VV implementada é o

mais adequado. É nosso intuito também, elucidar todos os intervenientes, no atendimento da pessoa com VV do AVC, da importância de sabermos as intervenções a realizar, perceber as dificuldades sentidas por estes, com o principal objetivo de melhorar o atendimento a estas pessoas.

Qualquer investigação tem de ter como ponto de partida uma questão considerada problemática, e que desperte o interesse do investigador. Neste sentido, a presente pesquisa procura dar resposta à seguinte questão de investigação: *Qual a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do Protocolo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral?* Tem como objetivo analisar a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC no SUMC de um Hospital da região Norte.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No Capítulo I abordamos o enquadramento teórico, explorando os principais eixos estruturantes; no Capítulo II expomos o percurso metodológico, onde consta a questão de investigação, objetivos e finalidade do estudo, o tipo de estudo, o contexto, a população e a amostra, o procedimento de recolha e análise de dados e as considerações éticas; no Capítulo III, efetuamos a apresentação e a análise dos dados. Segue-se o Capítulo IV onde apresentamos a discussão dos resultados, e por fim, o Capítulo V onde estão presentes as conclusões finais do estudo e perspetivas futuras. Pretende-se que esta investigação contribua de forma positiva no atendimento da pessoa com VV do AVC implementada.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo iremos proceder à revisão da literatura e estado da arte referente ao atendimento da pessoa com AVC. Num primeiro subcapítulo abordaremos a sua etiologia, epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas (AVC Isquémico e AVC Hemorrágico) e o diagnóstico e tratamento, num segundo subcapítulo, o AVC em Portugal, num terceiro subcapítulo a VV do AVC, o Protocolo da VV do AVC, e num quarto subcapítulo abordaremos o Cuidar da Pessoa com AVC no Serviço de Urgência (SU).

1. O Acidente Vascular Cerebral

O AVC é caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que vai provocar dano ou destruir parte do cérebro, resultando assim, num conjunto de sintomas de deficiência neurológica (Menoita, 2012). As lesões cerebrais são provocadas por um enfarte, devido a isquemia ou hemorragia no Sistema Nervoso Central (SNC), comprometendo a função cerebral. Segundo Ricardo (2012), pode ocorrer de forma súbita, devido à presença de fatores de risco vascular ou ainda por um defeito neurológico focal (aneurisma). A extensão e localização da lesão do tecido nervoso levará a diferentes consequências (Martins, 2002).

Existem várias classificações de AVC que não são uniformes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico (Menoita, 2012).

O AVC poderá ser de origem isquémica, por oclusão de um vaso sanguíneo, ou de origem hemorrágica, por rutura de um vaso sanguíneo. Ambos os tipos de AVC causam alterações neurológicas semelhantes, mas com mecanismos de lesão diferenciados (Lima et al., 2016).

Tabela 1: Tipos de AVC (Menoita, 2012)¹

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
Isquémico	Trombótico
	Embólico
	Lacunar
Hemorrágico	Intracerebral
	Parenquimatoso
	Subaracnóide

¹ **Fonte:** Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

O AVC é a primeira causa de morte em Portugal [Direção Geral-Saúde (DGS)], 2009). Segundo dados do INE em 2014, o número de óbitos por DCV em 2012 era de 13.020, comparativamente com os 13.994 no ano de 2008 (DGS, 2014). Além disso, provoca, num número significativo dos sobreviventes, um elevado grau de incapacidade funcional.

Apesar de toda a evolução nas últimas décadas relativamente à prevenção e tratamento agudo, o AVC é ainda uma doença devastadora. Na Europa, cerca de 95 a 290 pessoas por cada 100 000 habitantes têm, anualmente, um AVC (Béjot et al., 2016).

Os fatores de risco não são distribuídos de forma equitativa dentro da população, aumentando a prevalência de provocar um AVC. De acordo com Salgueiro (2008, p.53):

“os fatores de risco são uma característica que está presente nalguns indivíduos de uma população, uma característica do seu ecossistema ou um modo particular de interagir com esse ecossistema e que aumenta a probabilidade desse indivíduo vir a ser afetado por uma determinada doença”.

Tabela 2: Fatores de Risco para o AVC (Menoita, 2012)²

Fatores de Risco do AVC	
Não Modificáveis	Modificáveis
	Hipertensão Arterial
	Diabetes Mellitus
Idade	Hiperlipidémia
Género	Tabagismo
Etnia	Alcoolismo
	Obesidade
	Sedentarismo
	Acidente Isquémico Transitório

Menoita (2012) também refere que quantos mais fatores de risco o indivíduo tiver, maior será a probabilidade de desenvolver um AVC. Como já referido anteriormente, o AVC é agrupado em duas grandes classes: Isquémico e Hemorrágico (Menoita, 2012).

² **Fonte:** Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

1.1. Acidente Vascular Cerebral Isquémico

O AVC isquémico distribui-se por territórios arteriais e o hemorrágico distribui-se nos locais de maior fragilidade vascular (Menoita, 2012). A oclusão das diferentes artérias cerebrais origina quadros clínicos distintos, com os sinais clínicos específicos e características, tendo em conta a artéria envolvida.

Na tabela que se segue descrevem-se as distintas manifestações clínicas de acordo com o território vascular afetado:

Tabela 3: Territórios Vasculares e Manifestações Clínicas (Menoita, 2012)³

Território Carotídeo	Território Vertebro-Basilar
<u>Artéria Central da Retina</u> <ul style="list-style-type: none">• Cegueira ipsilateral• Amourose fugaz ipsilateral	<u>Artérias Vertebrais, tronco basilar e seus ramos</u> <p>Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas.</p> <p>Sintomas e sinais mais frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Desequilíbrio, ataxia• Nistagmo• Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados• Disartria• Disfagia, soluços• Coma• Síndromas alternas (parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparésia e/ou hemi-hipostesia contralateral)• Parésias e/ou alterações da sensibilidade
<u>Artéria Cerebral Anterior</u> <ul style="list-style-type: none">• Síndrome frontal• Parésia do membro inferior contralateral• Afasia transcortical (hemisfério esquerdo)	
<u>Artéria Coroideia Anterior</u> <ul style="list-style-type: none">• Hemiparésia contralateral• Hemi-hipostesia contralateral• Hemianópsia contralateral	
<u>Artéria Cerebral Média</u> <ul style="list-style-type: none">• <u>Todo o território:</u> hemiparésia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia.• <u>Ramos ântero-superiores:</u> hemiparésia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia,	<u>Artéria Cerebral Posterior</u> <ul style="list-style-type: none">• Hemianópsia contralateral• Hemi-hipostesia contralateral• Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo)

³ **Fonte:** Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

<ul style="list-style-type: none"> agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito). <u>Ramos pósteros-inferiores</u>: afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito) e quadrantépsia contralateral. <u>Ramos profundos</u>: hemiparésia contralateral e hemi-hipostesia contralateral. 	<ul style="list-style-type: none"> Agnosia para cores (hemisfério esquerdo) Agnosia visual (hemisfério esquerdo) Prosopagnosia (hemisfério direito)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.2. Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

No AVC hemorrágico, as principais manifestações clínicas estão relacionadas com o local da hemorragia, se é subaracnóideia ou intracerebral (Menoita, 2012).

Na tabela que se segue, descrevem-se de modo resumido:

Tabela 4: Principais quadros clínicos dos Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos (Menoita, 2012)⁴

Hemorragia Subaracnoideia	Hemorragia Intracerebral
<ul style="list-style-type: none"> Cefaleia súbita, muito intensa (a pior de sempre), generalizada, desencadeada por um esforço Náuseas e vômitos Alterações da vigília, por vezes transitória Sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Kerning) 	<p><u>Hemisférica profunda</u>: hemiparésia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia, náuseas e vômitos, deterioração progressiva da vigília</p> <p><u>Hemisférica lobar</u>: variável consoante o hemisfério e lobo afetado, sintomas mais frequentes: hemianopsia, neglect, défices visuo-espaciais, cefaleias</p> <p><u>Cerebello</u>: náuseas e vômitos, cefaleias, impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem</p> <p><u>Protuberância</u>: tetraparésia, pupilas mióticas (punctiformes), coma</p>

Na fase pré-hospitalar dos cuidados agudos no AVC, o objetivo principal deve ser evitar atrasos, o que implica o reconhecimento de sinais e sintomas de AVC pela pessoa, por familiares ou por testemunhas.

⁴ **Fonte:** Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

A imagem do cérebro e dos vasos que o irrigam é fundamental na avaliação dos doentes com AVC e Acidente Isquémico Transitório (AIT). A imagem cerebral distingue AVC isquémico de hemorragia intracraniana e de outras patologias confundíveis com AVC, identifica o seu tipo e causas; e pode também, ajudar a diferenciar entre lesão tecidual irreversível e áreas que podem recuperar, guiando assim o tratamento de urgência e, subsequentemente pode ajudar a prever o prognóstico. A imagem vascular pode identificar o local e a causa da obstrução arterial e identificar doentes em alto risco de recorrência de AVC [European Stroke Organisation (ESO), 2008].

De acordo com Menoita (2012), além dos aspetos semiológicos avaliados num exame neurológico minucioso, também são utilizados uma série de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) para ajudar a diagnosticar o AVC. A gravidade do AVC deve ser avaliada por profissionais de saúde treinados utilizando a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). O exame inicial deve incluir a observação da respiração e função pulmonar; sinais precoces de disfagia; avaliação de doença cardíaca concomitante; avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca; e a determinação da saturação periférica de oxigénio arterial utilizando oximetria de pulso. O mesmo deve ser completado por uma história médica que inclua fatores de risco para AVC e doença cardíaca, medicação, e situações que possam predispor para complicações hemorrágicas e identificadores de patologias que mimetizam o AVC. De seguida, devem ser colhidas amostras de sangue para bioquímica, hemograma e coagulação, e estabelecer um acesso venoso periférico (Menoita, 2012).

Os MCDT's utilizados na investigação do AVC englobam um conjunto de técnicas e métodos destinados a esclarecer a natureza e a topografia da lesão, mecanismos fisiopatológicos implicados na sua génese e evolução. As técnicas mais utilizadas no diagnóstico do AVC, segundo Menoita (2012) são:

Tomografia Axial Computorizada (TAC): é o exame de imagem recomendado, devendo ser realizado o mais rapidamente possível e repetido entre as 24 e 48 horas nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial, ou quando há um agravamento dos sinais neurológicos. Este exame dá uma imagem do conteúdo do crânio, permitindo detetar o desvio das estruturas normais e a presença de lesões que alteram a densidade dos tecidos. Os vasos sanguíneos são visualizados através de uma injeção de contraste. No caso de haver hemorragia a imagem aparece hiperdensa.

Angiografia Cerebral: estuda a morfologia dos aneurismas, das malformações artério-venosas e outras patologias, quer extra, quer intracranianas.

Angiografia de Subtração Digital: visualiza a circulação cerebral extra e intracraniana após a administração endovenosa de um produto de contraste.

O conceito “*Tempo é cérebro*” significa que o tratamento do AVC deve ser considerado como uma emergência médica. O objetivo do tratamento na fase aguda é limitar ao máximo a evolução da zona de penumbra isquêmica e prevenir as recidivas precoces, sendo fundamental o controlo de parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica antitrombótica. No caso do AVC hemorrágico pondera-se a intervenção cirúrgica.

Controlo dos Parâmetros Fisiológicos: É fundamental a monitorização da tensão arterial e só se avança para o tratamento se esta for superior a 220-120 mmHg, para não correr o risco de hipoperfusão da área afetada (no caso de AVC hemorrágico, o limiar de tratamento da tensão arterial é de 180-110 mmHg), ou se ocorrerem complicações agudas de Hipertensão Arterial (HTA) (como, o edema agudo do pulmão, enfarte do miocárdio, retinopatia hipertensiva grau 3 ou 4, insuficiência renal aguda). De facto, o risco de AVC diminui com o tratamento da HTA e da dislipidemia. Os desvios dos parâmetros fisiológicos devem ser corrigidos, pois a hipóxia, a hipo ou hipertermia aumentam as dimensões do enfarte cerebral; a existência prévia de uma *Diabetes Mellitus* pode descompensar na fase aguda do AVC, e a hiperglicemia está associada a um envolvimento cortical e volumes maiores de enfarte; a prevenção da desidratação deve ser realizada através da administração de fluídos e eletrólitos; a elevação da cabeceira da cama até 30° deve ser respeitada, bem como a prevenção de estímulos nociceptivos; e o alívio da dor para prevenir o edema cerebral (ESO, 2018).

Reperfusion: A trombólise por via endovenosa é o único tratamento eficaz. Todavia, só pode ser usada até 4 horas e 30 minutos após o início do quadro clínico e implica a realização de TAC prévia. Porém, devido ao seu risco de hemorragia é necessário que o doente esteja monitorizado nas primeiras 24 horas após trombólise (Ricardo, 2012).

Terapêutica Antitrombótica: Se a pessoa não tiver feito trombólise, uma outra opção é administrar ácido acetilsalicílico. Estudos recentes salientam que a utilização sistemática da heparina em doses terapêuticas foi abandonada na fase aguda do AVC, por não trazer os benefícios esperados (Menoita, 2012).

Trombectomia Endovascular: Permite remover oclusões vasculares maiores. O trombo é retirado do vaso cerebral com um cateter inserido através da virilha. Uma intervenção médica endovascular que numerosos estudos internacionais têm demonstrado tratar-se de um avanço significativo em comparação com a terapêutica medicamentosa.

O método é indicado especialmente para coágulos sanguíneos muito grandes e grandes oclusões da artéria cerebral (Menoita, 2012).

Intervenção Cirúrgica no AVC Hemorrágico: A intervenção neurocirúrgica está indicada nos hematomas do cerebelo (exceto nos de pequenas dimensões), nos lobares volumosos e naqueles que causam hidrocefalia sintomática. Nas duas primeiras situações, a intervenção consiste em retirar o hematoma, enquanto na hidrocefalia coloca-se uma derivação ventricular externa. O maior risco após um AVC subaracnóide é a repetição da hemorragia, por nova rutura do aneurisma, daí que o tratamento do aneurisma seja uma urgência. Este pode ser neurocirúrgico, colocação de um clip metálico no colo do aneurisma, ou endovascular com preenchimento do saco do aneurisma por espiras metálicas (Menoita, 2012).

2. O Acidente Vascular Cerebral em Portugal

A incidência do AVC em Portugal é uma das mais altas entre os países europeus, sendo a principal causa de morte no país, ocasionando cerca de 11 mil mortes por ano [Instituto Nacional Estatística (INE), 2017].

Segundo a Sociedade Portuguesa de AVC (2016), Portugal possui uma taxa de incidência de AVC elevada, em média por hora 3 portugueses sofrem um AVC. Por cada ano, em cada 1000 habitantes 2 sofrem um AVC. Sendo que, quase metade dos sobreviventes (41%) ficam dependentes.

As sequelas decorrentes do AVC podem levar a uma grande incapacidade psicomotora na pessoa, tornando-se cada vez mais urgente uma intervenção rápida dos serviços de saúde (Vieira, 2013).

De acordo com a DGS (2010), é iminente sensibilizar a população para o reconhecimento dos sinais de alerta do AVC e alertar de que o primeiro passo é ligar o 112, de forma a evitar atrasos, promovendo campanhas de esclarecimento de forma continuada.

Em relação ao reconhecimento dos sintomas a DGS (2010) refere que para a divulgação junto da população, os mais eficazes são o aparecimento súbito de: boca ao lado, falta de força num braço e dificuldade em falar. Os fatores que mais têm sido associados a atrasos na chegada ao hospital incluem *“não só falta de conhecimento dos sintomas de AVC e do reconhecimento da sua gravidade, mas também negação da doença e esperança na resolução dos sintomas”* ESO (2008, p.8).

Deste modo, em Portugal, são feitas várias campanhas de sensibilização para incutir a premência de identificação dos sinais e sintomas do AVC.

Neste sentido, em 2008 iniciou-se a campanha “Seja mais rápido que o AVC” a qual enfatizava a importância da valorização dos sinais e sintomas do AVC e o correto acionamento dos serviços de emergência pré-hospitalar ligando 112 (Moutinho et al., 2013).

O desconhecimento da gravidade dos sintomas, por parte da população em geral poderá retardar o pedido de ajuda e influenciar os tempos pré-hospitalares, dificultando o acesso em tempo oportuno ao tratamento (Faiz et al., 2014).

3. A Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

Uma vez ocorrida a lesão isquémica ou a hemorragia cerebral os processos patológicos no AVC desencadeiam-se de uma forma muito rápida e o tempo que os tratamentos atingem a sua maior eficácia é muito curto (Alonso de Leciana et al., 2014). Nas últimas décadas surgiram tratamentos específicos e eficazes, mas com uma margem risco/benefício estreito, sendo necessário capacitar e adequar os serviços de saúde de forma a conseguir dar resposta e minimizar assim as sequelas decorrentes destas lesões (Alonso de Leciana et al., 2014). Neste sentido, surgiu a necessidade de reorganizar a emergência pré e intra-hospitalar. Com o objetivo de diagnosticar e tratar atempadamente o AVC emergiu a necessidade de se realizar ações dirigidas ao público em geral.

Em 2006 surge a VV do AVC definida como “*uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importa serem especialmente valorizadas pela sua importância na saúde das populações*” [Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do AVC (2007)].



Figura 1: Cadeia assistencial na VV pré-hospitalar do AVC⁵

⁵Fonte: <https://justnews.pt/noticias/chlc-assinala-dia-nacional-do-doente-com-avc#.WuOh6UxFzIW>

Deste modo, o principal objetivo da VV do AVC é que todas as pessoas com AVC isquémico agudo consigam chegar em tempo oportuno a um hospital, de forma a terem um diagnóstico precoce e estarem dentro da janela terapêutica para tratamento fibrinolítico, caso seja indicado [Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares [(CNDCV) / Alto Comissariado da Saúde (ACS), 2007].

Quando os sinais e sintomas do AVC são identificados no pré-hospitalar, o protocolo da VV do AVC é acionado pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), e desta forma, o hospital de referência assegura que tem uma equipa preparada para receber a pessoa de forma a ser imediatamente atendido (DGS, 2017).

No entanto, nem sempre a pessoa reconhece os sinais e sintomas do AVC e poderá deslocar-se por meios próprios ao SU. Neste caso, a VV do AVC é implementada no SU, denominando-se por VV intra-hospitalar. Esta, corresponde ao conjunto de procedimentos efetuados após a chegada da pessoa ao hospital e tem como principal objetivo a rápida avaliação clínica e a realização de exames laboratoriais e imagiológicos que permitam o estabelecimento de um diagnóstico e, quando indicado, a instituição de tratamento fibrinolítico (Powers et al., 2018).

3.1. Protocolo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

O enfermeiro desempenha um papel fundamental em todas as fases do processo assistencial à pessoa com AVC (Summers et al., 2009). Como defende Lima et al. (2016, p.41):

“(...) os profissionais de saúde que atendem estes pacientes, entre eles o enfermeiro, devem estar capacitados para oferecer um atendimento especializado e contínuo, desde a porta de entrada do paciente no hospital até ao internamento, seja numa enfermaria, unidade de AVC ou unidade de terapia intensiva”.

A ativação do protocolo da VV do AVC faz-se pelo enfermeiro da Triagem de Manchester (TM), aquando da existência de critérios para a sua ativação, e após avaliação rápida e eficaz da sintomatologia apresentada, desde que a pessoa apresente pelo menos um dos sinais focais clássicos da Escala de Cincinnati (Jauch et al., 2013) (Tabela 5):

Tabela 5 - Escala de Cincinnati (Cincinnati Stoke Scale – FAST)⁶

<p style="text-align: center;">F – Face: Assimetria</p> <p style="text-align: center;">Pedir ao doente para mostrar os dentes (observar eventuais assimetrias)</p> <p style="text-align: center;">Normal ⇒ Sem assimetrias</p> <p style="text-align: center;">Anormal ⇒ Desvio da comissura para um dos lados</p>
<hr/> <p style="text-align: center;">A – Arm: Membro superior</p> <p style="text-align: center;">Pedir ao doente para fechar os olhos e estender os membros superiores para a frente com as palmas das mãos viradas uma para a outra</p> <p style="text-align: center;">Normal ⇒ Mantém-se nessa posição sem quedas</p> <p style="text-align: center;">Anormal ⇒ Um dos membros cai</p>
<hr/> <p style="text-align: center;">S – Speech: Linguagem</p> <p style="text-align: center;">Pedir ao doente para repetir a frase: “o rato roeu a rolha”</p> <p style="text-align: center;">Normal ⇒ Repete a frase clara e corretamente</p> <p style="text-align: center;">Anormal ⇒ Articulação perturbada (disartria), anormal (afasia) ou nenhuma palavra</p>
<hr/> <p style="text-align: center;">T – Time: Tempo</p> <p style="text-align: center;">Indagar a hora e minuto em que se instalou o défice</p>

Os sistemas de triagem das pessoas admitidas no SU representam um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento das pessoas com AVC. Desta forma, é feita a atribuição de prioridades, tendo por base critérios de gravidade sistemáticos que permitem definir uma prioridade clínica e um tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Marques, 2009).

Segundo Jiménez (2003), o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester (STPM) permite a identificação de doentes em risco de vida e assegura a priorização dos cuidados em função de um risco atribuído.

Os níveis de prioridade atribuídos no SU, pelo STPM correspondem a categorias, cores e tempos máximos de espera, tal como se explana no quadro seguinte.

⁶ **Fonte:** Direção-Geral da Saúde. (2010). Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos. Lisboa: Lidel.

Quadro 1: Prioridades e tempos de espera atribuídos pelo Sistema de Triagem de Manchester⁷

Nível	Categoria de Urgência	Cor	Tempo máximo de espera (min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240
6	Não Classificável	Branco	Não definido

Vários autores consideram, que a prioridade atribuída pelo STPM a uma pessoa ao qual tenha sido ativada a VV do AVC não deveria ser inferior à categoria muito urgente (laranja) (Pereira, 2014; Rodeño et al., 2015).

Segundo Pereira (2014), é importante a contemplação do discriminador déficit neurológico agudo, o qual implica a prioridade laranja em todos os algoritmos relacionados com alterações neurológicas, e dispensa um algoritmo dedicado ao AVC. É de extrema importância o papel do enfermeiro, visto que a ativação do protocolo da VV do AVC intra-hospitalar depende deste, pois a triagem da pessoa com AVC deverá realizar-se com rigor, rapidez e eficácia (Pereira et al., 2017).

As recomendações do National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (2008), apontam no sentido de que o tempo decorrido desde a entrada da pessoa no hospital até à avaliação clínica por um especialista não seja superior a dez minutos; o tempo até à conclusão da TAC não ultrapasse os 45 minutos; e que o total de tempo entre a chegada do doente ao hospital e a realização de fibrinólise não seja superior a 60 minutos.

No hospital em estudo, o protocolo da VV do AVC (Anexo II) é ativado logo na TM e a pessoa segue para a Sala de Emergência (SE). Na TM, o enfermeiro de uma forma rápida e eficaz avalia a pessoa e identifica ou não se este tem défices, sendo eles: falta de força num braço, boca ao lado e dificuldade em falar (Jauch et al., 2013).

⁷ **Fonte:** Adaptado do Grupo Português de Triagem (2010, p.38)

A identificação dos sinais da Escala de Cincinnati constitui a primeira fase da tomada de decisão, juntamente com a avaliação dos seguintes critérios de inclusão (idade superior a 18 anos, início dos sintomas há menos de 4,5 horas e ausência de dependência prévia/ Escala de Rankin > 3). No hospital em estudo a hora de início de sintomas foi alargada para 24h, pelo facto de muitas pessoas não terem indicação para realização de fibrinólise, mas beneficiarem de trombectomia. Constatou-se que muitas pessoas que apresentavam o início de sintomas superior a 4,5 horas e ao não ser ativada a VV do AVC, acabavam por não serem candidatos a trombectomia.

O grau de dependência neste hospital é avaliado através da Escala de Rankin modificada (mRS) (Quadro 2), que se encontra afixada na TM.

Quadro 2 - Escala de Rankin modificada (mRS)⁸

Grau	Classificação	Descrição
0	Assintomático	Regressão dos sintomas
1	Sintomas sem incapacidade	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias
2	Incapacidade leve	Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda
3	Incapacidade moderada	Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem assistência
4	Incapacidade moderada a grave	Incapacidade de andar sem assistência, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda
5	Incapacidade grave	Acamado, incontinência, requer cuidados e atenção constantes
6	Óbito	

Em caso de ativação da VV o enfermeiro da triagem deverá encaminhar a pessoa para a SE. Na SE, a pessoa deverá ser observada por um médico em dez minutos (Tabela 6), esta avaliação neste SUMC, é efetuada por um médico de Medicina Interna e, concomitantemente por um médico do Departamento de Medicina Crítica (DMC).

⁸ **Fonte:** Rankin, J. (1957) citado por: Kasner, SE. (2006). Clinical interpretation and Use of Stroke Scales. *Lancet Neurol*, 5:603-612.

A avaliação médica inicial inclui o exame físico geral, a colheita da história clínica nos seus aspetos essenciais e o exame neurológico, com aplicação das respetivas escalas Escala de Coma de Glasgow (ECG) e Escala de National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Em simultâneo, deverá ser colocado cateter periférico e colheita de sangue venoso para análises nos primeiros dez minutos (Tabela 6). As análises clínicas deverão ser levadas imediatamente ao laboratório por um assistente operacional e informar que se trata de uma pessoa com VV do AVC ativada. É, ainda recomendável a realização de eletrocardiograma para despiste de Fibrilhação Auricular, desde que não atrase o início do tratamento (DGS, 2017).

De modo a facilitar o tempo porta-TAC, um dos elementos da equipa multidisciplinar deverá avisar o Serviço de Radiologia da chegada de uma pessoa com VV do AVC. Os exames de neuroimagem recomendados são a TAC crânio-encefálica e a RM na dúvida de diagnóstico (DGS, 2017). Na realidade hospitalar deste estudo, a TAC é o exame de eleição face à suspeita de AVC agudo, dada a sua disponibilidade. O Hospital que dá apoio ao SUMC em estudo, é um Serviço de Neurorradiologia de Intervenção da região Norte. Assim, logo após a realização da TAC as imagens são cedidas a esse Serviço de Neurorradiologia e um dos médicos responsáveis pela pessoa entra em contacto com este serviço, para o ajudar a direcionar o tratamento. Após estabelecimento de diagnóstico, conclui-se se a pessoa é ou não elegível para fibrinólise e/ou trombectomia (Zoppo et al., 2009).

São candidatos a fibrinólise as pessoas que, cumprindo os demais critérios de inclusão, apresentem sinais de AVC isquémico. Desde o início da sintomatologia até à realização do tratamento fibrinolítico não deverá ter transcorrido um tempo superior a 4,5 horas (Zoppo et al., 2009).

Tabela 6: Tempos intra-hospitalares recomendados na VV do AVC⁹

Tempo desde a chegada da pessoa até à avaliação médica inicial: <10 minutos
Cateterização de veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico: <10 minutos
Monitorização de sinais vitais (Tensão arterial, frequência cardíaca, saturações periféricas de oxigénio, temperatura e glicémia capilar): <10 minutos
Tempo desde a chegada da pessoa até à realização de neuroimagem: <25 minutos
Desde a chegada da pessoa até à interpretação (relatório) dos exames de neuroimagem: <45 minutos

⁹ **Fonte:** Elaborado a partir da *Guidelines* da AHA (Jauch et al., 2013)

Tempo desde a chegada da pessoa até ao início da fibrinólise: <60 minutos

Desde o início dos sintomas até ao início da fibrinólise: <4,5 horas

Na tabela seguinte apresentam-se os critérios de inclusão e exclusão para a realização de fibrinólise.

Tabela 7: Critérios de inclusão e de exclusão para a realização de fibrinólise¹⁰

Critérios de inclusão:

- Idade > 18 anos
- Doente independente
- ≤ 4,5h de início défices (4,5h-9h ou hora de início de sintomas desconhecida – após discussão de imagem com Neurorradiologia de Intervenção)

Critérios de exclusão:

- TA > 185/110mmHg (refratária mesmo após 10 + 10mg de labetalol ev)
 - TC cerebral com hemorragia intracraniana
 - TC com sinais precoces de enfarte em > 33% do território da ACM (ASPECT > 7) – considerar caso a caso
 - TC com edema cerebral ou efeito de massa
 - História prévia de hemorragia intracraniana sem causa tratada e com recorrência
 - AVC não lacunar / TCE moderado a grave há < 3meses
 - Lesão do SNC (neoplasia, MAV, cirurgia intracraniana ou medular nos últimos 3 meses)
 - Retinopatia hemorrágica
 - Glicemia < 50 mg/dl
 - Punções vasculares em local não compressível há <7 dias (ex. subclávia, jugular)
 - Suspeita de endocardite bacteriana, embolo séptico, pericardite ou pancreatite aguda
 - Doença hepática grave, varizes esofágicas, úlcera gastrointestinal conhecida nos últimos 3 meses
 - Neoplasia com risco aumentado de hemorragia
 - Hemorragia gastrointestinal ou urinária há < 21 dias
 - Parto no último mês
 - Gravidez (se benefício-risco desfavorável entre gravidade do AVC e risco de hemorragia intrauterina)
 - EAM supra ST subagudo (> 6h e < 1 semana ou se há 1 semana – 3 meses com complicações (aneurisma ou trombo ventricular)
-

¹⁰ **Fonte:** Elaborado a partir das *Guidelines* da American Heart Association (Jauch et al., 2013)

-
- Dissecção do arco aórtico
 - Massagem cardíaca há < 10 dias
 - Grande cirurgia há < 14 dias (*)
 - Traumatismo significativo nos últimos 3 meses conhecidos (*)
 - Diátese hemorrágica conhecida

(*) podem ser candidatos a trombectomia, se oclusão de grande vaso

4. Cuidar da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência

O SU é um serviço público de atendimento de doentes agudos, com cobertura nacional, com uma distribuição de serviços baseada na densidade populacional e nas distâncias (em tempo de acesso) das localidades aos serviços. O acesso é livre, ou seja, além das pessoas referenciadas por outras unidades hospitalares, centros de saúde ou emergência médica, qualquer pessoa, por vontade própria, pode aceder a este serviço. A liberdade de acesso leva a que frequentemente o SU fique saturado, com aumento dos tempos de espera no atendimento, e conseqüente aglomeração de pessoas com diminuição da qualidade do serviço prestado [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2020].

Os SU's são os locais mais procurados pelas pessoas que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo evidente uma afluência crescente na procura de cuidados e um aumento da exigência, ao nível da sua qualidade tornando-se essencial ajustar os serviços a estas realidades (Gonçalves, 2018). O ambiente vivido nestes serviços é normalmente muito agitado e habitualmente consegue-se documentar o número de pessoas assistidas, mas raramente se consegue demonstrar a carga de trabalho por elas gerada (Brazão et al., 2016).

A sobrelotação do SU é definida por uma procura pelos serviços que excede os recursos disponíveis (Elder et al., 2015).

Dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde, uma intervenção centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados de maior segurança e qualidade, ajustada às necessidades (DGS, 2015).

Os SU's são unidades diferenciadas em recursos humanos, tecnológicos e arquitetónicos. No caso do SUMC onde é realizado o presente estudo, este constitui um dos sete hospitais da zona norte com SUMC. É a unidade de referência dos Serviços de Urgência Básica (SUB) da região, exceto na área de Cardiologia e Neurologia em que a referência são Hospitais Centrais da Região Norte.

Segundo a OE (2018), 50% dos enfermeiros do SUMC deverão ter formação específica exigida ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, e preferencialmente deverá estar alocado à SE e à STPM.

De acordo com o Regulamento da OE nº743/2019, a triagem de prioridades, nos SU's, deverá ser assegurada, se possível, por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pois este possui um corpo de conhecimentos especializados que o torna mais competente para tomar decisões rápidas, objetivas e sistematizadas, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados. Relativamente ao enfermeiro alocado à SE, o "(...) *profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação*" (Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica nº14/2018, p.2).

Conforme Orientação da DGS (nº8/2011), para o sucesso da abordagem de uma pessoa considerada grave, são ferramentas essenciais para além dos recursos humanos, a existência do carro de emergência, com todo o material organizado. Neste sentido, foram emitidas recomendações para a sua uniformização quanto ao conteúdo, disposição do material e normas de utilização e manutenção. A mesma orientação indica que os carros de emergência devem existir em todas as salas de emergência de todos os serviços de urgência da Rede, bem como em todas as unidades do sistema de Saúde que cuidam de pessoas com patologia aguda ou patologia crónica que possam agudizar.

Deste modo, o AVC é considerado uma emergência médica, visto que de acordo com a OE (2010, p.1), a pessoa em situação crítica é aquela "*cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*".

Neste sentido, quando são detetados precocemente os sinais e sintomas desta condição, é mandatário que a pessoa espere o menos possível por uma abordagem no SU. Assim, a ativação da VV do AVC serve para garantir que as pessoas com sinais e sintomas de AVC sejam prioritárias no seu atendimento [Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do AVC (2007)].

No SU as situações de urgência/emergência são uma realidade e a pessoa em situação crítica assume um papel fulcral. É, assim iminente a formação contínua dos profissionais, de forma a dar resposta a situações de instabilidade e/ou falência orgânica.

A OMS (1998), referindo-se à formação dos profissionais de saúde esclarece que os mesmos devem ter a oportunidade de trabalhar em conjunto, assim como, deveria dar-se

tanta ou mais importância às competências relacionais (saber-ser; saber-estar) em relação às instrumentais (saber-fazer) e cognitivas (saber-saber).

Para termos profissionais altamente qualificados e competentes precisamos de apostar na formação destes. Deste modo, de acordo com o parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdicional nº2/2010, p.1, e passo a citar:

“os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir formação necessária à excelência do seu exercício profissional. (...) Neste sentido, para manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, devem, os enfermeiros, recorrer não só à autoformação, mas também utilizar outras estratégias de formação contínua com o intuito de atualizarem conhecimentos e aperfeiçoamento profissional”.

Conforme explanado anteriormente, para que o atendimento à pessoa com sintomatologia de AVC se proceda da melhor forma, é necessária uma excelente coordenação entre todos os intervenientes.

Como refere Santos & Silva (2012), no tocante à saúde, o trabalho em equipa, torna-se importante no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde humana, uma vez que as pessoas nem sempre podem ser atendidas por uma única especialidade e muito menos individualmente, tal como se procede no atendimento da pessoa com VV do AVC implementada.

No momento atual, com o desenvolvimento tecnológico e científico, é mais sustentável o trabalho em equipa, pelo facto de ninguém conseguir reunir toda a experiência técnica nas várias áreas do conhecimento (Pontes, 2008).

Ao falarmos em trabalho em equipa não podemos descurar a comunicação. A comunicação é a mais importante dimensão das relações interpessoais de saúde, pois todos os profissionais de saúde comunicam entre si durante a prestação de cuidados à pessoa (Garcia, 2017).

Como corrobora Curral & Chambel (2011), citado por Garcia (2017, p.13):

“Numa organização, a transmissão da mensagem pode ser realizada por contacto pessoal (face to face), por contactos telefónicos, correio eletrónico, memorandos, boletins informativos e reuniões, de forma formal, podendo também ser realizada por contacto meramente espontâneo, de forma não formal. Independentemente do tipo de comunicação, é fundamental que ela seja realizada regularmente, evitando

lacunas comunicacionais que levem a erros evitáveis nos 14 processos de trabalho e que possam conduzir a problemas relacionais entre os profissionais de saúde”

Deste modo, todos os elementos que integram uma equipa são importantes na arte do cuidar, no entanto, iremos dar uma maior visibilidade aos enfermeiros, pois estes são os profissionais de primeira linha, na medida em que são o grupo profissional que se encontra 24 sob 24 horas com a pessoa em constante vigilância. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são *“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato”* (OE, 2010, p.1), prevenindo as complicações, e proporcionar a recuperação total do doente (OE, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica *“cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* (OE, 2010, p.1), mobilizando conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística. Este tem um papel crucial no seio da equipa multidisciplinar e na monitorização da pessoa com AVC, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (*Guidelines*) que elevem os cuidados prestados ao doente a um nível de excelência (OE, 2010).

Cabe ao enfermeiro especialista antecipar e identificar focos de instabilidade e responder de forma rápida, executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa, demonstrar conhecimentos e habilidades para prestar os melhores cuidados à pessoa, família/cuidador em situação crítica (OE, 2018).

Em suma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem um papel supremo no cuidar da pessoa com AVC.

CAPÍTULO II

PERCURSO METODOLÓGICO

Uma investigação ou um estudo é sempre um trabalho desenvolvido por várias etapas, todas elas articuladas e extremamente importantes.

De acordo com Fortin (1999, p.131), a *“fase metodológica consiste em precisar como fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização de investigação”*.

O desenho de investigação consiste na elaboração de um plano de forma a dar resposta à questão de investigação. Tem como principal objetivo *“o controlo das fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados de um estudo”* (Fortin, 1999, p.132).

Segundo Fortin (2009, p.214) *“o desenho define-se como o conjunto das decisões a tomar, para pôr de pé uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação”* guiando o investigador na planificação e na execução do seu estudo de forma que os objetivos sejam cumpridos. Sendo assim, o investigador pode eliminar ou, pelo menos, tentar reduzir de alguma forma as fontes de erros, de maneira que surja só uma explicação razoável dos resultados obtidos. Os elementos que o constituem são o tipo de estudo, o meio, a população e amostra, o controlo de variáveis, os instrumentos de colheita de dados e o tratamento de dados (Fortin, 1999).

Neste capítulo vamos apresentar a questão de investigação, objetivos e finalidade do estudo e descrever de forma sustentada o tipo de estudo, o contexto, a população e amostra, o procedimento de recolha e tratamento de dados e as considerações éticas.

1. Questão de Investigação, Objetivos e Finalidade

Em qualquer investigação pode optar-se por várias escolhas metodológicas. No entanto, seja qual for a opção da metodologia a utilizar, deve ter-se em conta a essência da problemática a investigar. O aumento do número de pessoas que recorrem ao Hospital em estudo com sintomatologia de AVC, tem vindo a aumentar. Neste sentido, emerge a seguinte questão de investigação: ***Qual a Intervenção dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral?***

Na ótica de Fortin (1999), os objetivos de qualquer pesquisa declaram o porquê da investigação. Estes instituem um enunciado que declara a orientação de toda a investigação. Neste sentido, o objetivo geral deste estudo é:

- Analisar a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

De forma a dar resposta ao objetivo geral identificado anteriormente, delineamos os seguintes objetivos específicos para o estudo:

- Descrever as intervenções dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da Via Verde do Acidente Vascular cerebral.
- Identificar os fatores dificultadores na intervenção dos profissionais de saúde no atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral.
- Identificar sugestões de melhoria no atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral.

2. Tipo de Estudo

É pelo tipo de estudo que se especificam as atividades e que se torna possível obter respostas fiáveis à questão de investigação (Fortin, 1999).

O presente estudo de investigação que nos propomos a desenvolver é de carácter qualitativo. Para Fortin (2009) todas as investigações qualitativas tendem a fazer ressaltar o sentido ou o significado que o fenómeno estudado apresenta para os indivíduos. Os fenómenos são únicos e imprevisíveis, e o pensamento está vocacionado para a compreensão total do fenómeno em estudo. O investigador escolhe um fenómeno, estuda-o em profundidade, no seu conjunto, reúne e liga as várias ideias entre si com o intuito de construir uma nova realidade que tem sentido para os indivíduos que vivem o fenómeno em estudo. Assim, *“o objetivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência”* Fortin (2009, p.32).

Dirigindo o estudo para a investigação qualitativa e de forma a dar resposta aos objetivos previamente delineados, consideramos relevante direcionar o estudo para a pesquisa de natureza descritiva e exploratória, através do qual pretendemos conhecer, descrever e analisar a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC no SUMC.

Os estudos descritivos medem, avaliam ou recolhem dados sobre diversos aspetos, dimensões ou comportamentos do fenómeno a ser pesquisado (Baptista-Lucio et al., 2006). Como corrobora Fortin (1999, p.162), *“podem variar em complexidade, indo do estudo de um conceito ao estudo de vários conceitos. O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”*.

Por sua vez, *"realizam-se estudos exploratórios, normalmente quando o objetivo é examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes"* (Baptista-Lucio et al., 2006, p.99).

3. O Contexto do Estudo

Este estudo terá lugar num SUMC da região Norte. Neste sentido, este estudo será realizado em meio natural, pois *"estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que se efetuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios"* (Fortin, 1999, p.132).

A área de influência desta Instituição cobre a totalidade do distrito, abrangendo dez concelhos. O território abrangido tem uma superfície total de 2.219 Km² e, de acordo com os resultados dos censos 2021 divulgados pelo INE, tem uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais (jovens) com menos de 15 anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa (15 aos 64 anos). Esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando à volta de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,5% da população da Região Norte.

A Rede de Urgência dispõe de um SUMC e dois SUB's. Para os casos clínicos urgentes e emergentes o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) disponibiliza 1 Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), 4 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), 10 ambulâncias de socorro nos bombeiros e 1 ambulância do INEM sediada no Hospital em estudo. Quando necessário, todos estes meios são apoiados pelo helicóptero sediado em Macedo de Cavaleiros.

O SUMC ao nível da organização da assistência de saúde às pessoas com AVC, devemos referir que possui duas Unidades de AVC, às quais recebem, desde que haja vaga disponível, os doentes com AVC com o intuito de iniciarem o processo de reabilitação. Todos os doentes submetidos a fibrinólise, são internados na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente desde que não necessitem de ser submetidos a trombectomia. Caso contrário, estas pessoas (com indicação para trombectomia) são transferidos para um Hospital Central da região Norte para o Serviço de Neurorradiologia.

O SUMC é composto por diversas áreas como, a sala de TM, Admissão 1, Admissão 2, Trauma 1 (Ortopedia), Trauma 2 (Pequena Cirurgia), SE, Unidade Laranja e Unidade de Decisão Clínica.

A equipa deste SU é constituída por Médicos de Medicina Interna e Intensiva, Cirurgia Geral, Ortopedia, Clínica Geral, Enfermagem e Assistentes Operacionais.

A equipa de Enfermagem é constituída por 75 enfermeiros, dos quais 20 são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 55 Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Nos turnos da manhã e da tarde o rácio de enfermeiros é de 12 elementos, e no turno da noite é de 9 elementos, tendo sempre em cada turno um responsável de equipa.

No início de cada turno, o Enfermeiro Chefe, distribui os enfermeiros pelas diversas áreas de trabalho, dando primazia às áreas de atendimento à Pessoa em Situação Crítica, aos enfermeiros especialistas, sendo elas, a STPM e SE.

Neste SUMC, é na SE que a pessoa triada com VV do AVC é abordada. Esta é composta por 3 unidades, podendo se necessário, aumentar para uma quarta. Cada unidade é composta por: um monitor, saída de oxigénio, ar comprimido, aspiração de secreções incluindo o material necessário. A unidade principal apresenta, além de todo o material mencionado acima, um desfibrilhador e um ventilador invasivo.

Além de todo o material supracitado, existe na SE, um carro de apoio à abordagem da Via Aérea, um monitor de transporte com desfibrilhador, um ecógrafo, um ventilador mecânico invasivo de transporte, um ventilador mecânico não invasivo, material de consumo clínico pediátrico e adulto e medicação de urgência/emergência.

4. População e Amostra

A descrição da população e da amostra é fundamental na medida em que *“fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de seleção”* (Fortin, 1999, p.133). Para Fortin (1999, p.202), uma amostra consiste num *“subconjunto da população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”*, sendo representativa da mesma.

A população deste estudo será constituída pelos profissionais de saúde do SUMC e a amostra de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Profissionais de saúde envolvidos na prestação direta de cuidados às pessoas com Via Verde do Acidente Vascular Cerebral implementada de 24 de fevereiro de 2023 a 10 de março de 2023

Os participantes que integram o estudo foram selecionados de forma aleatória e intencional, que segundo Fortin (1999, p.204) é a *“técnica segundo a qual cada um dos*

elementos (sujeitos) que compõe a população alvo tem uma chance igual de ser escolhido para fazer parte da amostra". Face ao exposto participaram no estudo dezassete enfermeiros que constituem a equipa do serviço de urgência médico-cirúrgico e dez Médicos de Medicina Interna e/ou inseridos no DMC. O número de participantes não foi estipulado previamente, mas definido ao longo do processo de colheita de dados, tendo em consideração a informação recolhida. Como defende Fortin (1999), devem ser incluídos tantos sujeitos quanto os que forem necessários para haver a saturação dos dados.

4.1. Caraterização dos Participantes

Os participantes no estudo foram caraterizados quanto à idade, ao género, à formação académica, ao tempo de atividade profissional e ao tempo de atividade profissional no SUMC, conforme se pode observar na tabela 8:

Tabela 8 - Caraterização sócio-demográfica e profissional dos participantes do estudo

Variáveis	Intervalos	Número de Participantes
Idade	≤ 30 anos	3
	≥ 31 e ≤ 35 anos	6
	≥ 36 e ≤ 45 anos	9
	≥ 46 e ≤ 50 anos	6
	> 51 anos	3
Género	Feminino	21
	Masculino	6
Profissão	Enfermeiro	17
	Médico	10
Formação Académica	Licenciatura	7
	Especialidade	14
	Mestrado	6
	Doutoramento	0
Tempo de Serviço	≤ 5 anos	4
	≥ 6 e ≤ 10 anos	7
	≥ 11 e ≤ 15 anos	3
	≥ 16 anos	13
Tempo de Serviço na Urgência	≥ 1 e ≤ 5 anos	9
	≥ 6 e ≤ 10 anos	7
	≥ 11 e ≤ 15 anos	2
	≥ 16 anos	9

Os participantes deste estudo são enfermeiros e médicos deste SUMC, sendo, dezassete elementos enfermeiros e dez elementos médicos.

A grande maioria dos participantes são do género feminino (21) e a faixa etária mais significativa é a dos [36 – 45] anos, com nove elementos compreendidos nestas idades, seis entre os [31 - 35] e [46 – 50] anos e três com idade superior a 51 anos.

Relativamente à formação académica, sete apenas têm a licenciatura, catorze têm especialidade e seis têm mestrado. De todos os participantes, nenhum tem o grau de Doutoramento.

Percecionamos assim que, maioritariamente, os profissionais que estão diretamente envolvidos no atendimento à pessoa com sintomatologia de AVC, investem no percurso formativo e aperfeiçoamento profissional.

No que diz respeito à experiência profissional, treze têm experiência superior a 16 anos, sete têm entre [6 – 10] anos, três entre [11 – 15] anos, sendo que quatro têm experiência inferior a cinco anos.

Em relação ao tempo de exercício profissional nove dos participantes no estudo desenvolve funções há mais de 16 anos e nove há menos de 5 anos, sete entre os [6 – 10] anos e apenas dois elementos desenvolvem funções neste serviço entre os [11 – 15] anos.

5. Procedimento de Recolha de Dados

No que diz respeito à recolha de dados, é fundamental definir qual a estratégia e o instrumento de recolha de dados a utilizar para a obtenção de informação.

A natureza do problema de investigação determina o procedimento de recolha de dados que se utilizou. No estudo em questão, a estratégia de colheita de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada e a observação direta. Esta opção consubstancia-se no facto de se pretender *“obter respostas sobre o tema, problema ou tópico de interesse nos termos, a linguagem e a perspetiva do entrevistado (...), interessa-nos o conteúdo e a narrativa de cada resposta”* (Baptista-Lucio et al., 2006, p.381).

Existem vários métodos de pesquisa, sendo que as entrevistas são as que permitem uma maior interação entre o pesquisador e o pesquisado, permitindo também a formulação de perguntas que têm como objetivo recolher informações de forma a ajudarem a responder aos objetivos do estudo (Aguiar e Medeiros, 2009). Segundo May (2004), citado por Medeiros e Aguiar (2009), as entrevistas podem ser denominadas por estruturadas,

semiestruturadas e em grupo ou focais, de acordo com o tipo de questões e formato da recolha.

As entrevistas deste estudo foram realizadas com base num guião semiestruturado (Apêndice III e IV). Como defende May (2004), citado por Medeiros e Aguiar (2009) este tipo de entrevistas tem como principal característica o seu caráter aberto. O entrevistado responde às perguntas de acordo com um guião previamente elaborado de forma a o pesquisador não perder o seu foco. Como corrobora Gil (1999), citado por Medeiros e Aguiar (2009) este tipo de entrevistas permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas quando se desvia do tema original, o entrevistador esforça-se para que o mesmo seja retomado.

Para dar resposta aos objetivos do estudo entendemos pertinente recorrer a outra estratégia de recolha de dados, a observação.

O tipo de observação a ser utilizado é, de acordo com Laperrière (1992), citado por Fortin (1999) observação direta, uma vez que o objetivo é apresentar os componentes de determinada situação, neste caso o atendimento dos profissionais de saúde à pessoa com sintomatologia de AVC e posterior implementação do protocolo da VV do AVC.

A observação direta *“inclui a anotação e registo sistemático de acontecimentos, comportamentos, assim como do meio social, cultural e físico onde eles ocorrem”* (Ribeiro, 2010, p.71). Assim será utilizada uma grelha de observação (Apêndice II), cuja construção tem por base o protocolo da VV do AVC

Tanto a grelha de observação, como o guião de entrevista foram submetidos a um pré-teste, para avaliar a sua adequabilidade e compreensão de modo a obter resposta aos objetivos formulados, tendo-se efetuado apenas alguns ajustes. Relativamente à grelha de observação, foi alterado o “Tempo de permanência da Pessoa na Sala de Emergência até encaminhamento ao serviço de Radiologia” para 25 minutos de forma a ir de encontro às *Guidelines* da AHA. Relativamente ao Guião de Entrevista foram elaborados dois, um para os enfermeiros e outro para os médicos, visto existir diferenças no domínio de intervenção. O enfermeiro intervém logo na TM e posteriormente na SE, enquanto o médico apenas tem a sua intervenção na SE.

A colheita de dados decorreu de 24 de fevereiro a 10 de março junto de todos os profissionais (Enfermeiros e Médicos) envolvidos na prestação de cuidados diretos à pessoa com sintomatologia de AVC, após parecer positivo do Conselho de Administração e Comissão de Ética para a realização deste estudo.

Inicialmente foi pedido autorização ao Enfermeiro Chefe deste serviço e também a todos os profissionais de saúde para a participação neste estudo e informados aquando observação direta destes. Posteriormente foi realizada a entrevista a estes profissionais e efetuada gravação de áudio com o consentimento destes.

6. Procedimento de Análise dos Dados

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição integral, honrando na totalidade o que foi dito, assim como o sentido que lhe foi imposto. Deste modo, surge a necessidade de tratar e analisar os dados obtidos, com vista a dar resposta à questão e objetivos estabelecidos inicialmente para esta investigação. Procedeu-se, assim, ao tratamento de dados recorrendo à técnica de Análise de Conteúdo.

Bardin (2006) organiza a análise de conteúdo em três fases, a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, e inferência e interpretação.

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nesta fase, estabelece-se um esquema de trabalho que deverá ser preciso, com procedimentos bem definidos, mas ao mesmo tempo flexíveis. É organizado o material a ser analisado de forma a torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais.

Para este mesmo autor, esta fase divide-se em quatro etapas: (1) a leitura flutuante, sendo o primeiro contacto com os documentos que serão analisados; (2) a escolha dos documentos que serão submetidos a análise; (3) formulação das hipóteses e dos objetivos; (4) delimitação dos indicadores que irão orientar a interpretação e preparação dos documentos de análise.

A fase de exploração, ou a segunda fase, refere-se à definição de categorias (sistemas de codificação) e à identificação das unidades de registo e das unidades de contexto nos documentos. A análise categorial consiste no desmembramento e posterior agrupamento ou reagrupamento das unidades de registo do texto. A categorização é a etapa onde são classificados os constituintes de um conjunto, numa primeira fase por diferenciação e em seguida reagrupando-os de acordo com o mesmo género, tendo por base critérios previamente definidos.

A terceira fase, diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa pretende-se dar significado às mensagens, sendo um momento de intuição, da análise reflexiva e crítica. Esta fase é a *“operação lógica, pela qual se admite uma*

proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceites como verdadeiras” (Bardin, 2010, p. 41).

Da análise das entrevistas foi obtido um conjunto de dados representados no quadro síntese, onde constam as categorias e subcategorias e respetivas unidades de registo (Apêndice 1).

Terminada a análise de conteúdo, foram trabalhados os dados obtidos através da observação direta dos participantes em estudo.

No que diz respeito à grelha de observação foi realizada análise estatística descritiva sobre a intervenção dos profissionais de saúde no atendimento da pessoa pela VV do AVC e se cumpriam ou não os tempos preconizados.

Deste modo, o tipo de tratamento estatístico dos dados utilizados foi o descritivo, pois como defende Fortin (1999), o investigador não sabia de antemão o comportamento das variáveis em estudo e das relações que poderiam existir entre elas.

7. Considerações Éticas em Investigação

A ética é *“o conjunto de permissões e de interdições que tem enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”* Fortin (1999, p.114), desta forma, podemos dizer que a conduta humana é guiada por um conjunto de preceitos e leis que vêm de um sistema de valores comum, e que orientam julgamentos, atitudes e comportamentos. Deste modo:

“cinco princípios ou direitos aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e (...) o direito de um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.116).

Como defende Ribeiro (2010), para realização de qualquer investigação numa instituição, os investigadores terão de obter a devida aprovação para realização de qualquer investigação.

No sentido de dar cumprimento a este princípio ético, procedeu-se à elaboração e à entrega de um pedido de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da instituição onde o estudo se realizou, onde consta o tema do trabalho, os objetivos do estudo e a população alvo, do qual se obteve um parecer favorável para a realização do mesmo (Anexo I).

Os participantes nunca foram identificados pelo nome garantido assim o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos. Garantiu-se, também, que nenhuma informação privada será transmitida a outrem, sem consentimento do sujeito, nem será obtida sem a sua autorização. A realização das entrevistas foi conseguida através da gravação de som, com o único objetivo de serem transcritas, tendo sido autorizado por todos os participantes. No entanto, serão eliminadas de forma permanente no final da investigação.

Consideramos, assim, que foram salvaguardados todos os princípios éticos fundamentais para a realização deste estudo.

Terminado este capítulo referente ao percurso metodológico, no capítulo que se segue vamos proceder à apresentação e análise dos resultados.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os dados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados, a entrevista e a observação direta dos participantes.

Com o intuito de melhor estruturação e visibilidade dos dados obtidos, este capítulo será organizado em dois pontos. No primeiro iremos apresentar e analisar os resultados obtidos através da entrevista e no segundo os dados colhidos através da observação.

1. Da entrevista

Este ponto visa apresentar e analisar os dados obtidos através da entrevista.

Para uma melhor compreensão e visibilidade dos resultados vamos estruturar a apresentação de acordo com as áreas temáticas, nomeadamente, intervenções na implementação do protocolo da VV do AVC; fatores dificultadores na VV do AVC; e sugestões de melhoria na VV do AVC, com recurso a quadros onde estão expressas as respetivas categorias e subcategorias.

1.1. Intervenções na implementação do protocolo da VV do AVC

Quando questionados sobre as intervenções realizadas aquando da implementação do protocolo da VV do AVC, foram várias identificadas pelos participantes como se pode ver no quadro que se segue (Quadro 3):

Quadro 3: Intervenções na implementação do protocolo da VV do AVC

Área temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidades de Registo
Intervenções na implementação do protocolo da	Identificar VV do AVC na TM	Défices neurológicos	17
		Tempo de evolução	8
		Escala de RanKin	9
		Encaminhamento para SE	17
	Informar	Equipa multidisciplinar	10
		Serviço de Radiologia	7
	Avaliar	Anamnese	11
		Exame neurológico e/ou NHISS	13
	Requisitar Exames complementares		10

VV do AVC	de diagnóstico		
	Executar	Monitorização cardiorrespiratória	15
		Cateterização de veia periférica	14
		Colheita de análises clínicas	11
	Realizar exames de imagiologia		27
	Discutir com Neurorradiologia		4
	Decisão de trombólise e/ou trombectomia		2
	Estabelecer Prioridades	Tempo de evolução	1
		Exame neurológico e/ou NHISS	5
		Exames de imagiologia	26

Analisando o quadro anterior verifica-se que todos os enfermeiros entrevistados referiram que o primeiro passo é **identificar a VV do AVC na TM**, avaliando se a pessoa tem *défices neurológicos*, o *tempo de evolução* dos sintomas, *Escala de Rankin* e o *encaminhamento para a SE*.

A avaliação dos *défices neurológicos*, foi mencionada por dezassete enfermeiros:

“Avaliar défices Neurológicos, os 3 F’s, ativar a VV do AVC e encaminhar para a SE.” (E2);

“Na TM inicialmente temos que avaliar o doente, ver se tem défices, se tiver, ativar VV do AVC e encaminha-se para a SE.” (E5).

Relativamente ao *tempo de evolução* dos sintomas, foi referido por oito enfermeiros:

“(…) faço a avaliação deste converso com o doente, tento perceber se tem défices, a hora de início dos défices e dependência do doente. Se cumprir critérios ativo VV do AVC e encaminho para a SE.” (E7);

“(…) avalio o doente e se tiver défices tento perceber o início dos sintomas e dependência do doente. Se estiver dentro da janela ativo VV do AVC e encaminho para a SE.” (E9).

A escala de Rankin foi citada por nove enfermeiros:

“Saber qual a queixa do doente, confirmar se há défices, os 3F’s, saber o grau de dependência do doente. Implementar o protocolo da VV do AVC e encaminhar para a SE.” (E3);

“Ouço a queixa do doente ou familiar, avalio os 3F’s, avalio o grau de dependência, se tiver critérios implemento protocolo da VV do AVC e encaminho para a SE”. (E10);

O encaminhamento para a SE, foi referenciado pelos 17 enfermeiros participantes:

“(…) perceber a história do doente, os défices, início de sintomatologia e grau de dependência. Se encaixar critérios, implementar VV do AVC e encaminhamento para a SE.” (E12);

“(…) perceber se tem défices, início dos sintomas, grau de dependência, se encaixar implemento VV do AVC e encaminhamento para a SE”. (E13);

Os participantes também referiram o **informar** como uma intervenção realizada, sendo que um médico e nove enfermeiros referem informar a *equipa multidisciplinar* e três médicos e quatro enfermeiros o *serviço de radiologia*.

“(…) quando o doente chega à SE, avisamos a restante equipa, a medicina interna” (M1);

“(…) chamo o médico do DMC e de medicina interna.” (E1);

“(…) contactar o médico de medicina interna e do DMC.” (E4);

“(…) avisa a TAC.” (M7);

“(…) contacto o serviço de radiologia (…).” (M8);

“(…) aviso a radiologia.” (E7);

“(…) contactar a radiologia (…).” (E16);

Relativamente à intervenção **avaliar**, diz respeito à *anamnese* e *exame neurológico e/ou NHISS*.

A *anamnese* é mencionada por nove médicos e dois enfermeiros:

“Faço uma colheita rápida da história clínica (…).” (M4);

“(…) abordagem ao doente (...) antecedentes pessoais e medicação (…).” (M5);

“(…) tento perceber a história (...) os antecedentes pessoais, medicações (…).” (M8);

“(...) em perceber a história.” (E11);

“Tentar perceber a história do doente.” (E13).

O exame neurológico e/ou NHISS é realizado por toda a equipa médica e por três enfermeiros:

“(...) falo com o doente, faço um NHISS (...) e um exame neurológico.” (M3);

“(...) um exame neurológico sumário (...).” (M4);

“Realizar um NHISS (...).” (M5);

“(...) Confirmo défices (...).” (E7);

“Na sala de emergência confirmo défices (...).” (E10);

“(...) tento perceber a história e confirmo défices.” (E14).

No que concerne ao **requisitar exames complementares de diagnóstico**, foi referido por todos os médicos:

“(...) agilizamos os exames de imagem.” (M1);

“(...) peço exames complementares de diagnóstico (...).” (M4);

“(...) o meu colega pede exames (...).” (M7);

“(...) eu vou pedindo exames (...).” (M8).

Uma das intervenções que foi identificada apenas por enfermeiros foi o **executar**, tendo surgido a *monitorização cardiorrespiratória, cateterização de veia periférica e colheita de análises clínicas*.

A *monitorização cardiorrespiratória* foi identificada por quinze enfermeiros:

“Monitorizo o doente, colho análises clínicas e deixo um cateter venoso periférico.” (E1);

“Cateterizar veia e monitorizar doente”. (E2);

“(...) colher análises (...).” (E4);

“Pondera-se sempre a colocação de acesso e aproveitamos para colher sangue. Monitorizo doente (...).” (E5).

A *cateterização de veia periférica* foi apontada por catorze enfermeiros:

“Monitorizo doente, cateterizo uma veia periférica e se conseguir colho sangue.” (E7);

“Cateterizo uma veia periférica e se possível colho sangue para análises, monitorizo doente (...).” (E14);

Por último, a *colheita de análises clínicas* foi citada por onze enfermeiros:

“Punciono doente, colho sangue para estudo analítico e monitorizo doente.” (E10);

“Cateterizo uma veia, colho análises e monitorizo.” (E17).

O **realizar exames de imagiologia** foi identificado por todos os participantes, traduzindo-se nas seguintes afirmações:

“(...) encaminho o doente para a TAC.” (M4);

“(...) após realização de imagem (...).” (M7);

“(...) realizar o exame de imagem.” (M8);

“(...) depois acompanho o doente para realizar TAC.” (E7);

“Acompanho o doente à radiologia.” (E10);

“Depois encaminho o doente para a TAC.” (E15).

Discutir com a neurorradiologia foi outra intervenção mencionada por quatro médicos, como se explana a seguir:

“(...) fazemos contacto com a neurorradiologia de apoio.” (M2);

“Discutir com os colegas da neurorradiologia e tomar as intervenções a seguir.” (M5);

“Depois discutimos com os colegas da neurorradiologia.” (M6).

Outra intervenção destacada por dois médicos foi **decisão sobre a realização de trombólise e/ou trombectomia**:

“Tentamos perceber se tem ou não indicação para trombólise e se temos que transferir o doente para centro de referência.” (M2);

“A trombólise pode ser iniciada sem discussão com os colegas da neurorradiologia, a trombectomia tem sempre que ser em discussão com os colegas.” (M5).

Estabelecer prioridades foi mencionado pelos participantes no que refere ao *tempo de evolução, ao exame neurológico e/ou NHISS e aos exames de imagiologia*.

O *tempo de evolução* é identificado apenas por um enfermeiro:

“Saber o início da sintomatologia (...).” (E7).

Cinco dos participantes, quatro médicos e um enfermeiro, consideram que a avaliação do *exame neurológico e/ou NHISS* é uma das prioridades, como se verifica de seguida:

“Realizar um exame neurológico atempado (...).” (M1);

“Um exame neurológico rápido, perceber se tem défices (...).” (M2);

“Realizar o NHISS (...).” (M3);

“Exame neurológico atempado para tomar decisões (...).” (M8);

“(...) fazer um exame mais sucinto (...).” (E15).

A realização do *exame de imagiologia*, foi o mais destacado como prioritário, sendo referido por nove médicos e por todos os enfermeiros participantes, como se explana de seguida:

“(...) realizar imagem, porque tempo é cérebro.” (M1);

“O mais importante é a execução do TAC.” (M4);

“Realizar TAC rápido.” (M6);

“A execução do TAC.” (M10);

“A prioridade é realizar TAC.” (E3);

“Realização de TAC, para ter acesso a tratamento mais eficaz o mais rápido possível.” (E6);

“Realizar TAC.” (E9);

“Realização de TAC.” (E12).

1.2. Fatores dificultadores na VV do AVC

Foram identificados diversos **fatores dificultadores na VV do AVC** no atendimento da pessoa pela VV do AVC: **Triagem de Manchester; Serviço de radiologia; Recursos humanos insuficientes; afluência à SE; Exame neurológico e/ou NHISS demorado; conhecimento; contactar; comunicação com a Neurorradiologia; e atraso na decisão de trombólise e/ trombectomia** (quadro 4).

Quadro 4 - Fatores dificultadores na VV do AVC: categorias e subcategorias

Área temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidades de Registo
	Relacionados com	Tempo excessivo	4

Fatores dificultadores na VV do AVC	Triagem Manchester	Informações erróneas	5
		Identificar défices neurológicos	4
		Avaliar Escala de Rankin	5
	Relacionados com Serviço de radiologia	Difícil contacto	9
		Indisponibilidade	19
		Demora Envio de exames de imagiologia	2
	Relacionados com Recursos humanos insuficientes	Assistente Operacional	16
		Enfermeiro TM	2
	Afluência à SE		2
	Demora na realização de Exame neurológico e/ou NHISS		8
	Relacionados com Conhecimento sobre o doente	Anamnese	3
		Tempo de evolução	1
	Estabelecer Contactos	Equipa Multidisciplinar	2
		Pessoa de referência	1
	Comunicação com a Neurrorradiologia		8
	Atraso na decisão de trombólise e/ou trombectomia		6

No tocante aos fatores **Relacionados com Triagem de Manchester**, apenas foi referida por enfermeiros, e enunciadas várias barreiras dificultadoras como: *tempo excessivo*; *informações erróneas*; *identificar défices neurológicos* e *avaliar a Escala de Rankin*.

Quatro dos enfermeiros participantes salientou o *tempo excessivo*, como sendo um dos fatores dificultadores:

“Se não soubermos atempadamente que tem défices, as vezes temos uma lista muito grande de doentes para triar e aí temos tempos de triagem muito grandes.” (E2);

“Se ninguém avisar que é uma possível VV do AVC, não sabemos e temos atrasos nos tempos desde que o doente chega até o triarmos.” (E9);

“Muitas vezes temos atrasos nos tempos desde que o doente chega até o triarmos.” (E10);

“Se o doente vier do domicílio e não avisar o administrativo, quem está na TM, não sabe que há um doente com défices neurológicos e podemos ter tempos desde a chegada até à TM muito grandes.” (E14).

Outro fator dificultador foram as *informações erróneas*, descrito por cinco enfermeiros:

“Às vezes é um bocado dúbio. As informações às vezes não estão corretas” (E3);

“Na triagem de manchester às vezes a história não é bem transmitida (...).” (E9);

“Às vezes chega um doente com determinada informação e depois esclarecemos a informação e é completamente diferente.” (E12).

O *identificar défices neurológicos* também foi apontado por quatro enfermeiros como sendo um fator dificultador:

“(...) sinto dificuldade porque existem muitas coisas que te podem dar défices parecidos com o AVC.” (E5);

“Às vezes os sintomas não são bem definidos.” (E10);

“(...) temos é dificuldade em perceber os défices.” (E11);

“(...) muitas vezes tenho dúvidas nos défices.” (E14).

A avaliação da *Escala de Rankin*, foi expressa por cinco enfermeiros, como outro elemento dificultador:

“Às vezes os familiares ou bombeiros dizem que o doente é independente, e quando vamos a ver bem, chegamos à conclusão que é dependente.” (E6);

“(...) temos dificuldade em saber (...) qual o grau de dependência.” (E9);

“Tentar perceber a história do doente, grau de dependência.” (E13).

Relacionados com Serviço de Radiologia, foram outros fatores referidos como dificultadores, quer pelo *difícil contacto*, pela *indisponibilidade* e pela demora no *envio de exames de imagiologia*.

O *difícil contacto* foi apontado por quatro médicos e por cinco enfermeiros:

“O contacto com a radiologia, muitas vezes temos a TAC ocupada e temos que esperar.” (M1);

“(..) o contacto com a radiologia, muitas vezes temos que esperar porque estão ocupados.” (M8);

“Na SE temos atrasos no TAC, muitas vezes o TAC está com algum procedimento, ou ninguém atende o telefone (...).” (E14);

“Atraso no TAC ou por não atenderem o telefone ou estarem ocupados com algum doente.” (E16).

No tocante à *indisponibilidade* foi mencionada por sete médicos e por doze enfermeiros:

“O protocolo é simples, mas noto alguma dificuldade em colocar os doentes na TAC, a TAC estar ocupada ou não estar disponível.” (M3);

“(...) muitas vezes temos que esperar porque estão ocupados.” (M8);

“Sinto dificuldade no encaminhamento do doente ao TAC, às vezes não temos a TAC disponível.” (E5);

“Às vezes não temos a TAC disponível.” (E7);

O envio das imagens, foi identificada por dois médicos:

“O tempo que o doente leva a chegar ao hospital, o atraso na execução do TAC, o envio das imagens para a Neurrorradiologia (...).” (M4);

“Atraso na execução do TAC, o envio das imagens para a Neurrorradiologia (...).” (M9).

Outros fatores salientados como dificultadores foram os **relacionados com Recursos Humanos Insuficientes**, referindo-se ao *Assistente Operacional* e à existência de apenas um *Enfermeiro na TM*.

O Assistente Operacional foi mencionado por seis médicos e por dez enfermeiros:

“Às vezes não temos assistente operacional o que também condiciona muito” (M4);

“E muitas vezes queremos encaminhar o doente à TAC e não temos assistente operacional/maqueiro.” (M9);

“Às vezes não temos auxiliar para encaminhar ao TAC.” (E1);

“Falta de maqueiro, muitas vezes queremos encaminhar o doente à TAC e não temos maqueiro.” (E16).

A existência de apenas um *enfermeiro na TM*, foi apontado por dois enfermeiros:

“Na TM ser só um enfermeiro.” (E9);

“Apenas um enfermeiro na TM” (E10).

A **afluência à SE** foi referida por dois enfermeiros como dificultador:

“Às vezes temos mais doentes, a SE tem muita afluência e nem sempre estamos livres para avaliar o doente.” (E7);

“Às vezes temos vários doentes na SE.” (E13).

Neste seguimento, a **Demora na realização de Exame Neurológico/NHSS**, foi mencionado por quatro médicos e por quatro enfermeiros:

“Uma das situações que muitas vezes ocorre é que demoramos a fazer o exame neurológico.” (M1);

“Muitas vezes também demoramos a realizar o exame neurológico.” (M8);

“Avaliação médica demorada.” (E1);

“Exame neurológico exaustivo.” (E8).

Relacionados com Conhecimento sobre o doente, foram assinalados como fatores dificultadores a *anamnese* e o *tempo de evolução* dos sintomas.

A *anamnese*, foi assim referida por um médico e por dois enfermeiros:

“Às vezes perceber os antecedentes do doente (...).” (M2);

“Temos dificuldade (...) em perceber a história.” (E11);

“Tentar perceber a história do doente.” (E13).

Um enfermeiro identificou o *tempo de evolução* dos sintomas:

“Temos dificuldade (...) tempo de evolução.” (E11).

Estabelecer Contactos, tanto com a *equipa multidisciplinar* como com a *pessoa de referência* também foi reconhecido como uma dificuldade.

A *equipa multidisciplinar* foi citada por dois enfermeiros:

“Ter que contactar o médico do DMC.” (E5);

“Contacto com os médicos.” (E12).

A *pessoa de referência* foi apontada por um médico:

“(..) pode dificultar (...) conseguirmos falar com algum familiar.” (M2).

A **Comunicação com a Neurorradiologia** foi identificada por seis médicos e dois enfermeiros:

“(...) e muitas vezes o contacto não é fácil, às vezes estão ocupados numa intervenção e temos que contactar outro centro (...).” (M4);

“A resposta da neurorradiologia também atrasa em algumas situações.” (M7);

“(...) o contacto com o serviço de neurorradiologia não é fácil, às vezes estão ocupados, não tem vagas (...)” (M10);

“A neurorradiologia nem sempre está disponível, atrasa a decisão do tratamento” (E15);

“A neurorradiologia nem sempre esta disponível e atrasa a decisão.” (E17).

E por último, o **atraso na decisão de trombólise e/ou trombectomia** foi mencionada por três médicos e por três enfermeiros como se pode observar nos seguintes exemplos:

“(...) às vezes atrasa o tratamento de eleição.” (M5);

“(...) e atrasamos a decisão e como consequência o tratamento se tiver indicação.” (M10);

“Às vezes há atrasos na decisão médica de tratamento.” (E13);

“(...) atrasa a decisão de tratamento.” (E17).

1.3. Sugestões de melhoria na VV do AVC

Relativamente à área temática, **sugestões de melhoria da VV do AVC**, foram várias mencionadas, nomeadamente: **exame neurológico e/ou NHISS, melhoria na comunicação, encaminhamento direto da TM para o serviço de imagiologia, providenciar segundo espaço para realização de exames de imagiologia, recursos humanos, recursos materiais, administração de fibrinolítico no serviço de imagiologia e formação e treino da equipa multidisciplinar** (quadro 5).

Quadro 5- Sugestões de melhoria na VV do AVC: categorias e subcategorias

Área temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidades de Registo
	A nível do Exame neurológico e/ou NHISS	Sumário na primeira avaliação	5
		Completo após exames imagiológicos	3
	Melhoria na comunicação	Serviço de Radiologia	10
		Neurorradiologia	1
	Encaminhamento direto da TM para o serviço de imagiologia		2
	Providenciar		15

Sugestões de melhoria na VV do AVC	segundo espaço para realização de exames imagiologia		
	Aumentar Recursos Humanos	Rácio de enfermagem na TM	4
		Rácio de assistentes operacionais	5
	A nível dos Recursos materiais	TAC exclusivo do SU	8
		Utilizar cronómetro	3
	Administração de fibrinolítico no serviço de imagiologia		1
	Formação e treino da equipa multidisciplinar		1

A nível do exame neurológico e/ou NHISS, foi referida a realização de um exame *sumário na primeira avaliação* e de um exame *completo após exames imagiológicos*.

A realização de um exame *sumário na primeira avaliação* foi referida por três médicos e dois enfermeiros como se pode ver nos seguintes excertos:

“Devíamos fazer um exame neurológico mais completo apenas após a realização de TAC, o que muitas vezes não acontece.” (M1);

“(...) primeiro exame neurológico ser mais sucinto e só após a realização de TAC fazer um exame neurológico mais detalhado, mais completo.” (M8);

“Enquanto um medico vai com o doente ao TAC, o outro tenta esclarecer a história. Não atrasar ida ao TAC a colher história.” (E13).

No que concerne à realização de um exame *completo após exames imagiológicos* foi apontado por dois médicos e por um enfermeiro como se verifica nas seguintes afirmações:

“Realizarmos um exame neurológico mais rápido quando o doente entra na sala de emergência, irmos à TAC e só de pois fazer um exame mais extenso.” (M2);

“Exame neurológico ser menos exaustivo. Realizar primeiro o TAC e só depois um exame mais exaustivo.” (E11).

A **melhoria da comunicação** foi sugerida tanto para o *serviço de radiologia*, como para a *Neurorradiologia*.

A respeito do *serviço de radiologia*, foi mencionada por cinco médicos e por cinco enfermeiros:

“Os colegas da radiologia deviam ser integrados no protocolo para perceberem a importância da rapidez da realização da TAC.” (M3);

“Tentar implementar um protocolo com o serviço de radiologia.” (M6);

“Melhor articulação com a radiologia.” (E11);

“Melhor comunicação com a radiologia.” (E14).

Um médico referiu como sugestão de melhoria uma melhor comunicação com o serviço de *neurorradiologia*:

“Contactos mais diretos para outros hospitais.” (M1).

O **encaminhamento direto da TM para o serviço de imagiologia** foi indicado por um médico e por um enfermeiro:

“Quando os doentes vêm com a VMER ir diretamente ao TAC.” (M3);

“Ao ser ativada VV do AVC, comunicado ao médico e doente seguir para TAC e só depois se avaliar tudo o resto.” (E1).

O **providenciar segundo espaço para realização de exames de imagiologia** foi sugerido por seis médicos e por nove enfermeiros:

“(…) se estiverem ocupados abrir um segundo TAC.” (M4);

“Implementar um limite e se atrasar, abrir segundo TAC.” (M6);

“Se estiverem ocupados, abrir um segundo TAC.” (M7);

“Abrir um segundo TAC, acho que melhorava muito.” (E5);

“Se estiver ocupado, abrir um segundo TAC.” (E11);

“Abrir um segundo TAC, estes doentes não podem esperar muito.” (E13);

“Estar mesmo protocolado se TAC estiver ocupado, abrir o segundo TAC.” (E14);

“Abrir segundo TAC. Ficar mesmo protocolado com o serviço de radiologia.” (E16).

Outra sugestão de melhoria, identificada por enfermeiros, foi **aumentar recursos humanos**, tendo sido referido o *rácio de enfermagem na TM* e o *rácio de assistentes operacionais*.

O rácio de enfermagem na TM foi citado por quatro enfermeiros:

“Dois enfermeiros na TM.” (E2);

“Segundo elemento na TM.” (E9).

Cinco enfermeiros referiram o *rácio de assistentes operacionais*:

“Ter um maqueiro mais disponível.” (E6);

“Maqueiro mais disponível.” (E10);

A nível dos recursos materiais também foram mencionados como sugestão de melhoria na VV do AVC a existência de *TAC exclusivo do SU* e *utilizar cronómetro*.

Relativamente ao *TAC exclusivo do SU* foi apontado por três médicos e cinco enfermeiros:

“Termos um TAC dedicado para a urgência.” (M4);

“Termos um TAC para a urgência.” (M9);

“(…) um TAC dedicado para a urgência.” (E2);

“TAC dedicado à urgência.” (E15).

No que respeita ao *utilizar cronómetro*, foi citado por um médico e dois enfermeiros, como se pode visualizar nas seguintes afirmações:

“Usar mais o relógio quando o doente chega à SE. Contabilizar o tempo, poderá melhorar tempos.” (M6);

“Ligar sempre o cronómetro mal o doente entre na SE.” (E16);

“Ligar sempre o cronómetro na SE (…).” (E17).

Um médico sugeriu a **administração do fibrinolítico no serviço de imagiologia** como se explana a seguir:

“Trombólise no TAC.” (M6).

Por fim é apontada por um médico como sugestão de melhoria a **formação e treino da equipa multidisciplinar**:

“Estarmos mais treinados, estarmos mais coordenados, estarmos mais dirigidos às tarefas.” (M2).

Os dados obtidos através das entrevistas permitiram identificar três áreas temáticas e que dão visibilidade à equipa multidisciplinar, concretamente as intervenções na implementação do protocolo, os fatores dificultadores e sugestões de melhoria no contexto específico no atendimento da Pessoa pela VV do AVC.

Conforme referido no início deste capítulo, de seguida serão apresentados os dados obtidos através da observação direta da equipa de enfermagem e médica, com recurso a gráficos construídos para o efeito.

2. Da observação

Neste ponto vão ser apresentados os dados obtidos através da observação, com recurso à grelha utilizada para o efeito.

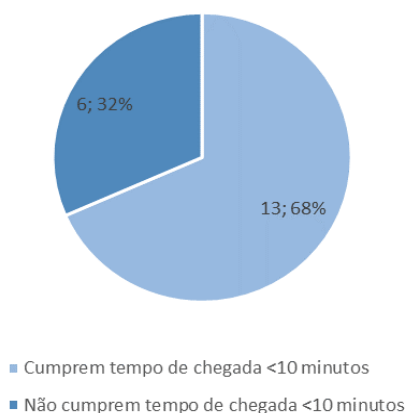
Os dados vão ser apresentados seguindo os itens da grelha.

2.1. Tempo desde a chegada da pessoa até à Triagem de Manchester

De acordo com as *Guidelines* da AHA (Jauch et al., 2013), o tempo preconizado desde que a pessoa se inscreve no SU até ser triado, deverá ser inferior a 10 minutos.

Das dezanove observações, seis profissionais não cumpriram o tempo alvo, correspondendo a 32%, como se pode visualizar no gráfico a seguir:

Gráfico 1: Distribuição percentual dos tempos de chegada da pessoa até à Triagem de Manchester

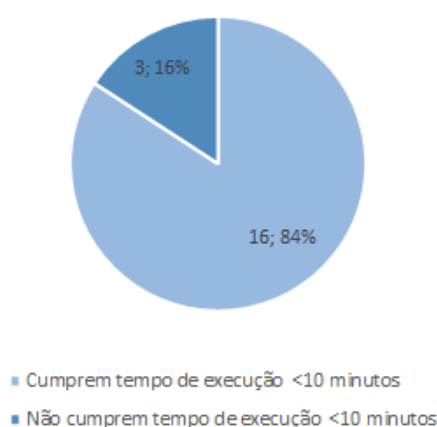


2.2. Cateterização da veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico

A cateterização da veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico, deverá de acordo com as *Guidelines* mencionadas ser inferior a 10 minutos. Estes 10 minutos dizem respeito ao tempo desde a TM até à sua execução.

De acordo com as observações efetuadas, em três situações não se verificou o cumprimento do tempo recomendado, como podemos visualizar no gráfico 2:

Gráfico 2: Distribuição percentual dos tempos desde a Triagem de Manchester até à cateterização de veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico



2.3. Monitorização de sinais vitais

A monitorização dos sinais vitais compreende-se como a monitorização da Tensão Arterial, da Frequência Cardíaca, das Saturações Periféricas de Oxigénio, da Temperatura e da Glicémia Capilar e é desejável que seja executada num período inferior a 10 minutos.

Das VV do AVC observadas, dezasseis cumpriram este tempo, como se pode perceber no gráfico que se segue:

Gráfico 3: Distribuição percentual dos tempos desde a Triagem de Manchester até à Monitorização de Sinais Vitais

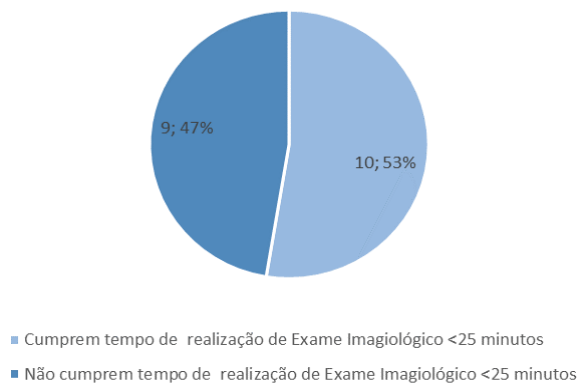


2.4. Tempo de permanência da Pessoa na Sala de Emergência até encaminhamento ao serviço de Radiologia

O tempo de permanência na Sala de Emergência até realização de exame imagiológico deverá ser, segundo as *Guidelines*, inferior a 25 minutos.

Como se pode visualizar no gráfico seguinte, em nove das VV do AVC observadas, não foi cumprido o tempo recomendado para realização de exame de imagem.

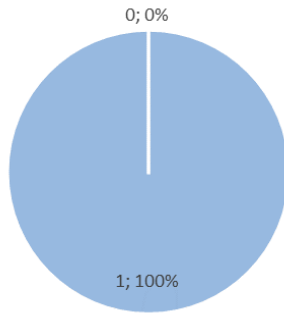
Gráfico 4: Distribuição percentual dos tempos de permanência na Sala de Emergência até encaminhamento ao serviço de Radiologia



2.5. Tempo desde a chegada da Pessoa até ao início da Fibrinólise

O tempo desde a chegada da Pessoa até ao início da Fibrinólise deverá ser inferior a 60 minutos. Das dezanove VV do AVC observadas, apenas numa se realizou fibrinólise e cumpriu o tempo alvo, como se pode observar no gráfico seguinte.

Gráfico 5: Distribuição percentual dos tempos de início da Fibrinólise



- Cumprem tempo de início da Fibrinólise <60 minutos
- Não cumprem tempo de início da Fibrinólise <60 minutos

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, iremos proceder à discussão dos resultados alcançados através dos dois instrumentos de recolha de dados, considerando os objetivos delineados para o estudo, tendo como base estudos e reflexões de autores que se debruçaram sobre esta temática e a nossa reflexão. Num momento inicial irá ser discutido os resultados das entrevistas seguindo as áreas temáticas, conforme capítulo anterior, prosseguindo para a discussão dos resultados da observação.

1. Intervenções dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC

Nesta primeira área, os enfermeiros responderam de forma unânime que o primeiro passo a executar é **identificar a VV do AVC na TM**.

Esta categoria apenas foi identificada por enfermeiros, pelo facto de serem estes que executam a TM. Como defende Duro e Lima (2010), os enfermeiros são os profissionais que melhor se adequam à realização da triagem, no sentido de direcionarem a importância para os sinais e sintomas e não para os diagnósticos.

É na TM que a pessoa que recorre ao SU tem o primeiro contacto com um profissional de saúde. Neste sentido, cabe ao enfermeiro da TM avaliar a pessoa, e caso exista algum défice, dever-se-á implementar a VV do AVC. Desta forma, importa referir que os resultados obtidos, foram de encontro à literatura supramencionada, onde refere que o enfermeiro consegue avaliar, de uma forma eficaz e rápida, identificando assim se a pessoa tem algum défice neurológico (Jauch et al., 2013).

Neste sentido, é necessário que o enfermeiro faça uma boa avaliação dos sintomas, como demonstrado nos dados obtidos.

Relativamente à avaliação, *tempo de evolução*, esta tem um papel crucial no atendimento à pessoa com sintomatologia de AVC, pois ditará o tratamento a eleger. Estes resultados vão de encontro às *Guidelines* da AHA que preconizam que a hora do início dos sintomas até ao início da fibrinólise deverá ser inferior 4,5 horas (Jauch et al., 2013).

A referência à *escala de Rankin* é efetuada por mais de metade dos enfermeiros participantes. A escala de Rankin, está afixada na TM e permite avaliar o grau de dependência da pessoa. No hospital em estudo a utilizada é a Escala de Rankin modificada (mRS) (página 30), existindo as diferentes classificações, nomeadamente, no grau 0 a pessoa tem uma classificação de assintomático, no grau 1 a pessoa tem uma classificação de sintomas sem capacidade, no grau 2 incapacidade leve, no grau 3 incapacidade moderada, no grau 4 incapacidade moderada a grave, no grau 5

incapacidade grave, e, por fim, no grau 6 a pessoa tem uma classificação de óbito (Kasner, 2006). Neste sentido, a pessoa deverá ter uma classificação inferior a 3, para se puder implementar o protocolo da VV do AVC. Posto isto, é possível verificar que os dados obtidos neste estudo vão de encontro à literatura existente, pois como refere Jauch et al. (2013) um dos critérios de exclusão é a dependência prévia/ Escala de Rankin superior a 3.

Relativamente ao *encaminhamento* da pessoa com VV do AVC implementada, para a SE, foi referida pela totalidade dos enfermeiros participantes.

Sendo o AVC uma emergência médica, como defende Menoita (2012), a pessoa com VV do AVC implementada deverá ser atendida na SE. Como corrobora Silva (2015), a SE é um espaço importantíssimo dos SU's que centraliza meios logísticos e recursos humanos altamente diferenciados capazes de dar resposta à pessoa com patologia considerada emergente.

Informar a *equipa multidisciplinar* e o *serviço de radiologia*, surge como outra das intervenções realizadas ao longo do processo. Como defendem Alves et al. (2015), é importante pensar em interdisciplinaridade e é necessário diálogo e troca de conhecimentos, de análises, de métodos entre diferentes disciplinas, ou seja, implica interação e construção de conhecimento. Barreira (2018), também refere a importância de avisar o serviço de radiologia com o intuito de o atendimento da pessoa com VV do AVC implementada, ser prioritário a realização de exame de imagiologia.

Avaliar, *através da anamnese e do exame neurológico e/ou NHISS é outra das intervenções realizadas*. Estes dados vão de encontro à literatura existente. Como refere Barreira (2018), a avaliação médica inicial inclui o exame físico geral, a colheita da história clínica e o exame neurológico, com aplicação da Escala de Coma de Glasgow e da NHISS. Também Santos et al. (2011) afirmam que a anamnese faz parte do Processo de Enfermagem e que a sua realização visa um cuidado individualizado, holístico e com base científica.

Outra das intervenções incide sobre a **requisição de exames complementares de diagnóstico**, uma vez que, ao longo do atendimento da pessoa com VV do AVC implementada, estes necessitam de requisitar exames complementares de diagnóstico de forma a obter um diagnóstico fidedigno, afastando assim comorbilidades existentes com outros quadros clínicos (Menoita, 2012). Segundo a literatura, além dos aspetos semiológicos avaliados num exame neurológico minucioso, também são utilizados uma série de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica para ajudar a diagnosticar o AVC (Menoita, 2012). As técnicas mais utilizadas no diagnóstico do AVC são a TAC;

Angiografia Cerebral; Angiografia de Subtração Digital; Controlo dos Parâmetros Fisiológicos; Reperusão; Terapêutica Antitrombótica; Trombectomia Endovascular; Intervenção Cirúrgica no AVC Hemorrágico; e serem colhidas amostras de sangue (Menoita, 2012).

A *monitorização cardiorrespiratória, cateterização de veia periférica e a colheita de análises clínicas* são intervenções também tidas em conta pelos profissionais participantes no estudo. Como sustenta Jauch et al. (2013) deverão ser efetuados procedimentos recomendados pelas *Guidelines* da AHA. Barreira (2018), também defende que a pessoa com VV do AVC implementada deverá estar sob monitorização cardiorrespiratória, uma veia periférica cateterizada e sujeita a colheita de sangue para estudo analítico.

A **realização de exames de radiologia** foi identificada por todos os participantes do estudo. A ESO (2018), defende que a imagem cerebral identifica o local e a causa da obstrução arterial. Também a DGS (2017b) refere que os exames de neuroimagem recomendados são a TAC e a RM na dúvida de diagnóstico.

Discutir com a neurorradiologia foi mencionada por quatro médicos e **a decisão de trombólise e/ou trombectomia**, referida por dois médicos, o que nos permite antever que estas intervenções são inerentes à equipa médica. Após a realização da TAC as imagens são cedidas ao serviço de Neurorradiologia de referência e discutidas pela equipa médica de forma a direcionar o tratamento. Após estabelecimento de diagnóstico, conclui-se se a pessoa é ou não elegível para fibrinólise e/ou trombectomia (Zoppo et al., 2009).

E por último, mas não menos importante surge a intervenção **estabelecer prioridades**, no que refere ao *tempo de evolução dos sintomas, ao exame neurológico e/ou NHISS e aos exames de imagiologia*. Como supramencionado, todas estas prioridades são essenciais para que o atendimento da pessoa com VV do AVC seja célere.

Uma vez ocorrida a lesão isquémica ou a hemorragia cerebral os processos patológicos no AVC desencadeiam-se de uma forma muito rápida e o tempo que os tratamentos atingem a sua maior eficácia é muito curto (Alonso de Leciñana et al., 2014). Nas últimas décadas surgiram tratamentos específicos e eficazes, mas com uma margem risco/benefício estreito, sendo necessário capacitar e adequar os serviços de saúde de forma a conseguir dar resposta e minimizar assim as sequelas decorrentes destas lesões (Alonso de Leciñana et al., 2014).

2. Identificar os fatores dificultadores na intervenção dos profissionais de saúde no atendimento da pessoa pela VV do AVC

No que concerne aos fatores dificultadores na VV do AVC, foram mencionados os seguintes: **relacionados com Triagem de Manchester, Relacionados com Serviço de radiologia, relacionados com Recursos humanos insuficientes; a afluência à SE; a demora na realização Exame neurológico e/ou NHISS; relacionados com conhecimento do doente; comunicação com a Neurorradiologia; e atraso na decisão de trombólise e/ou trombectomia.**

Segundo Jiménez (2003), o STPM permite a identificação de pessoas em risco de vida e assegura a priorização dos cuidados em função de um risco atribuído. Os níveis de prioridade atribuídos no SU, pelo STPM correspondem a categorias, cores e tempos máximos de espera.

Segundo os resultados obtidos, são identificadas pelos enfermeiros da amostra recolhida, barreiras dificultadoras **relacionadas com TM**, nomeadamente no que diz respeito ao *tempo excessivo; informações erróneas; identificar défices neurológicos e avaliar a Escala de Rankin.*

O *tempo excessivo*, foi enunciado por quatro enfermeiros, e poderá ser resultado da sobrelotação dos SU's. Como defende Gonçalves (2018), os SU's são os locais mais procurados pelas pessoas que recorrem ao SNS, sendo evidente uma afluência crescente na procura de cuidados e um aumento da exigência, ao nível da sua qualidade torna-se essencial ajustar os serviços a estas realidades. Corroborando Brazão et al., (2016), habitualmente consegue-se documentar o número de pessoas atendidas, mas raramente se consegue demonstrar a carga de trabalho por elas gerada.

As *informações erróneas* também surgiram como subcategoria e poderá dever-se ao facto de muitas vezes, a pessoa não reconhecer os sinais e sintomas. Como nos diz Barreira (2018), frequentemente o desconhecimento dos sinais de alerta do AVC pode influenciar negativamente o atendimento destas pessoas.

A subcategoria *identificar défices neurológicos*, foi referenciada por uma minoria dos participantes enfermeiros. Estes dados vão de encontro à literatura, pois existem condições clínicas que mimetizam o AVC, como hipoglicémia, quadros convulsivos ou encefalopatia de Wernicke (Pampliega Perez, 2015).

Avaliar a Escala de Rankin também foi identificada como dificuldade sentida pelos enfermeiros. Consubstancia-se, pelo facto de muitas vezes não ir nenhum familiar e/ou pessoa de referência, a acompanhar a pessoa ao SU.

Relacionados com Serviço de Radiologia foi referido pela maioria dos participantes tanto pelo *difícil contacto, indisponibilidade* deste ou pelo *envio de exames de imagiologia*. O serviço de radiologia do hospital em estudo, dá apoio a todo o hospital e não só ao serviço de urgência, o que leva a uma sobrecarga deste serviço. Também, como já mencionado, verificamos um uso abusivo e indevido dos SU's pela população em geral. Como é evidenciado por Justo (2015), o número de pessoas que recorre às urgências hospitalares de forma inadequada é bastante significativo. Um estudo realizado por Palma (2002), conclui que o motivo mais vezes evocado é o facto da pessoa percecionar as urgências hospitalares como o local mais adequado para uma rápida resolução do seu problema. Todas estas condicionantes, levam tanto à sobrelotação dos SU's como do serviço de radiologia que dá apoio. Torna-se assim mais cómodo para a população em geral recorrer às urgências hospitalares.

Silva (2017), também no estudo que realizou identifica que muitas vezes são requisitados meios complementares de diagnóstico em excesso, provocando assim uma sobrecarga nos serviços de radiologia.

Outro fator salientado como dificultador foram **relacionados com Recursos Humanos Insuficientes**, referindo-se ao *Assistente Operacional* e à *existência de apenas um Enfermeiro na TM*.

Esta dificuldade sentida pelos participantes poderá estar relacionada pelo número elevado de pessoas que recorrem aos SU's e que excedem a capacidade da equipa do serviço (Hillman & Forero, 2008).

Como corrobora Elder et al. (2015), a sobrelotação do SU é definida por uma procura pelos serviços que excede os recursos disponíveis.

A **afluência à SE**, foi outra das dificuldades identificadas pelos participantes.

A SE é uma valência no SU para o atendimento de pessoas consideradas emergentes que possibilita a assistência rápida e diferenciada à pessoa em situação crítica. O intuito é atender a pessoa em risco iminente de falência multiorgânica ou morte de forma rápida (DGS, 2001b). No hospital em estudo, a SE apresenta três unidades podendo ser alargada para uma quarta e como referido pelos participantes muitas vezes há uma grande afluência a esta.

Como refere Gonçalves (2008) cada vez mais temos um aumento da complexidade e gravidade das pessoas que recorrem ao SU e que poderá estar relacionado com o envelhecimento da população (Elder et al., 2015).

A **demora na realização de Exame Neurológico e/ou NHISS** também foi apontado por alguns participantes. De acordo com as *Guidelines* da AHA, o tempo decorrido desde a chegada da pessoa até à realização de neuroimagem não deverá ser superior a 25 minutos (Jauch et al., 2013). Neste sentido, um dos principais objetivos desta avaliação clínica inicial consiste na confirmação ou não da suspeita de AVC (Gonçalves, 2018). Também Pampliega Perez (2015), refere que o exame médico inicial valida ou não a suspeita de AVC.

Relacionados com conhecimento sobre o doente, foi identificada a *anamnese* e o *tempo de evolução* dos sintomas. O desconhecimento da gravidade dos sintomas e a desvalorização destes por parte da população em geral pode dificultar a anamnese (Faiz et al., 2014). O mesmo autor também refere, que o facto de muitas pessoas viverem sozinhas pode resultar num maior atraso no pedido de ajuda e o desconhecimento sobre o tempo de evolução dos sintomas.

Outro fator identificado como dificultador foi **estabelecer contactos** tanto com a *equipa multidisciplinar* como com a *pessoa de referência*. Este fator poderá ser justificado pela afluência aos SU's e a conseqüente sobrelotação do serviço (Elder et al., 2015) e também por muitas pessoas viverem sozinhas (Faiz et al., 2014). No entanto, não há grande evidência científica e/ou estudos nesta área.

A **comunicação com a neurorradiologia**, também foi mencionada por alguns participantes e poderá dever-se ao facto de estarem ocupados em alguma intervenção ou ser justificada, mais uma vez, pelo número excessivo de pessoas que recorrem aos SU's (Elder et al., 2015). Como já referido, comunicação é por si, a dimensão das relações interprofissionais de saúde com maior importância, pois os médicos, os enfermeiros, os assistentes operacionais, entre outros, comunicam entre si para resolver assuntos acerca das pessoas que cuidam em conjunto (Garcia, 2017).

Por último foi identificado como fator dificultador, o **atraso na decisão de trombólise e/ou trombectomia**. Como explanado anteriormente, a reperfusão farmacológica no AVC isquémico, por administração intravenosa do ativador do plasminogénio tecidual (rt-PA) reduz a mortalidade, melhora a recuperação funcional e os seus benefícios estão bem documentados na literatura, constituindo uma intervenção suportada por um alto nível de evidência (Jauch et al., 2013). Também a trombectomia quanto mais precocemente for realizada, melhor a eficácia e prognóstico das pessoas (Barreira, 2018).

No entanto, verificamos um atraso na decisão médica, sendo que estes dados obtidos vão de encontro ao referido pela Sociedade Portuguesa de Neurologia (2008), que

identifica como um dos atrasos intra-hospitalares a incerteza quanto à administração de trombólise. Também defendem, que as pessoas com VV do AVC implementada deverão ser avaliadas ou por um neurologista ou por um especialista em AVC, de forma a evitar atrasos nas decisões.

3. Sugestões de melhoria na VV do AVC

Foi também nosso objetivo com este estudo, identificar sugestões de melhoria que permitam um melhor atendimento à pessoa com VV do AVC implementada. Com os dados obtidos percebemos que as sugestões de melhoria vão de encontro às dificuldades sentidas pelos participantes. Estas sugestões situam-se ao nível do **exame neurológico e/ou NHISS, melhoria na comunicação, encaminhamento direto da TM para o serviço de imagiologia, providenciar segundo espaço para realização de exames de imagiologia, aumentar recursos humanos, a nível dos recursos materiais, administração de fibrinolítico no serviço de imagiologia e formação e treino da equipa multidisciplinar.**

As sugestões de otimização relativas ao **exame neurológico e/ou NHISS** foram referenciadas no sentido de inicialmente se realizar um exame *sumário na primeira avaliação* e um *completo após exames imagiológicos*. Como temos vindo a referir, o exame médico inicial valida ou não a suspeita de AVC (Pampliega Perez, 2015) e um dos principais objetivos desta avaliação clínica inicial consiste na confirmação ou não da suspeita de AVC (Gonçalves, 2018). O tratamento do AVC é tempo dependente, neste sentido uma das primeiras abordagens é a realização de exames de imagiologia que não devem exceder os 25 minutos (Jauch et al., 2013).

A **melhoria na comunicação**, foi outra sugestão que emergiu tendo sido feita referência ao *serviço de radiologia e neurorradiologia*. A comunicação é a mais importante dimensão das relações interpessoais de saúde, pois todos os profissionais de saúde comunicam entre si durante a prestação de cuidados à pessoa (Garcia, 2017). Como corrobora Myerscough (1989), citado por Jesus (2016), saber comunicar é uma condição imprescindível para que o profissional de saúde consiga alcançar a informação correta sobre a situação clínica da pessoa que está a cuidar, que ao ser avaliada com o devido cuidado, permite, na maior parte das situações, obter um diagnóstico correto. Já a informação imprecisa pode condicionar a obtenção de um diagnóstico correto. Assim sendo, pode afirmar-se que as competências comunicacionais têm uma natureza central em todo o processo de prestação de cuidados de saúde.

O **encaminhamento direto da TM para o serviço de imagiologia**, foi outra das sugestões obtidas. De acordo com a literatura consultada para este estudo, verificamos que após implementação da VV do AVC na TM, o segundo passo é a avaliação médica (Jauch et al., 2013). Também Barreira (2018) refere que, a pessoa com VV do AVC implementada deve ser observada por um neurologista ou internista com o objetivo de confirmar ou não a suspeita de AVC. No entanto, como já demonstrado, quando os sinais e sintomas do AVC são identificados no pré-hospitalar, o protocolo da VV do AVC é acionado pelo CODU, e desta forma, o hospital de referência assegura que tem uma equipa preparada para receber a pessoa de forma a ser imediatamente atendido (DGS, 2017). Neste sentido, embora não tenhamos encontrado literatura que suporte esta afirmação, se a avaliação no pré-hospitalar for efetuada por um médico (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), a suspeita ou confirmação de AVC já foi validada e a pessoa poderá ser encaminhada diretamente para o serviço de imagiologia.

Providenciar segundo espaço para realização de exames de imagiologia, foi apontado por uma maioria dos participantes. Esta sugestão de otimização é muito adstrita ao serviço em estudo, no sentido em que o serviço de radiologia tem ao dispor dois serviços de imagiologia, no entanto, apenas é utilizado um, que dá apoio a todo o hospital. Esta sugestão é referida para uma melhoria no tempo de execução do exame de imagiologia, na medida em que, o tempo até a realização de exames de imagiologia não deve exceder os 25 minutos (Jauch et al., 2013). Também Alonso de Leciana et al. (2014), referem que nas últimas décadas surgiram tratamentos específicos e eficazes, mas com uma margem risco/benefício estreito, sendo necessário capacitar e adequar os serviços de saúde de forma a conseguir dar resposta e minimizar assim as sequelas decorrentes destas lesões.

Os participantes também identificaram **aumentar os recursos humanos** e os **recursos materiais** como uma otimização ao atendimento da pessoa pela VV do AVC.

Como defende Silva (2017), uma solução imediata para o uso excessivo do SU seria o aumento da sua capacidade instalada, com o aumento dos recursos disponíveis, quer humanos, quer materiais. A mesma autora também menciona que, a frequente sobrelotação dos SU's e a sua complexa realidade permitem perceber desde logo a importância da gestão eficaz dos recursos na garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Esta opinião é corroborada por Fernandes (2021), que refere que:

“no âmbito da gestão de recursos de enfermagem, não podemos dissociar os custos associados e a segurança na prestação de cuidados de saúde. Quando a base dos cuidados prestados são a vida humana, os seus custos têm de ser

analisados em perspectiva tendo em conta o valor da “matéria prima” com que se está a trabalhar”.

Outra sugestão de melhoria mencionada foi a **administração de fibrinolítico no serviço de imagiologia**, no sentido de a administração deste não se atrasar.

De acordo com as *Guidelines* da AHA, o tempo decorrido desde a chegada da pessoa até a administração de fibrinólise deverá ser inferior a 60 minutos (Jauch et al., 2013). Também Zoppo et al. (2009) referem que, são candidatos a fibrinólise as pessoas que, cumprindo os demais critérios de inclusão, apresentem sinais de AVC isquémico. Desde o início da sintomatologia até à realização do tratamento fibrinolítico não deverá ter transcorrido um tempo superior a 4,5 horas. Como corrobora Nunes (2014), o tempo porta-agulha é muito significativo e deverá ser o menor possível, no sentido em que a resolução da causa subjacente ao défice neurológico, por destruição do trombo, promove a recuperação neurológica e permite a redução de custos humanos, sociais e materiais. Dada a sua importância, o tempo porta-agulha, está a ser considerado atualmente como um indicador de qualidade hospitalar, pelas administrações centrais de saúde (Pampliega Pérez, 2015).

A última sugestão de otimização é a **formação e treino da equipa multidisciplinar**.

A OMS (1998), referindo-se à formação dos profissionais de saúde esclarece que os mesmos devem ter a oportunidade de trabalhar em conjunto, assim como, deveria dar-se tanta ou mais importância às competências relacionais (saber-ser; saber-estar), como às instrumentais (saber-fazer) e cognitivas (saber-saber).

Segundo Costa e Costa (2000), a formação permanente consiste num processo contínuo de aprendizagem, com início após a formação profissional básica, e através do qual se aprofundam conhecimentos e capacidades, que permitem um desenvolvimento pessoal e profissional que se reflete na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados.

Deste modo, de acordo com o parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdicional nº2/2010, p.1, e passo a citar:

“os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir formação necessária à excelência do seu exercício profissional. (...) Neste sentido, para manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, devem, os enfermeiros, recorrer não só à autoformação, mas também utilizar outras estratégias de formação contínua com o intuito de atualizarem conhecimentos e aperfeiçoamento profissional”.

Como refere Santos e Silva (2012), no tocante à saúde, o trabalho em equipa, torna-se importante no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde humana, uma vez que as pessoas nem sempre podem ser atendidas por uma única especialidade e muito menos individualmente, tal como se procede no atendimento da pessoa com VV do AVC implementada.

Também Jorge et al., (2014) mencionam que, quando abordamos a temática da simulação clínica, uma das variáveis mais relevantes é a construção de cenários de simulação. Um cenário bem construído melhora não só o treino de habilidades técnicas como também o desenvolvimento do pensamento crítico.

No que concerne aos dados obtidos através da observação direta da equipa de enfermagem e médica, foi possível proceder a 19 observações de implementação da VV do AVC com recurso à grelha construída para o efeito como já referido atrás.

No processo de Tempo desde a chegada da pessoa até à Triagem de Manchester, foi possível visualizar que das 19 observações, 6 profissionais não cumpriram o tempo recomendado, ou seja, 10 minutos (Jauch et al., 2013).

Este resultado obtido pode ser justificado por algumas das dificuldades sentidas como, o tempo excessivo na TM e os recursos humanos existentes.

De acordo com a literatura, os SU's são os locais mais procurados pelas pessoas que recorrem ao SNS, sendo evidente uma afluência crescente na procura de cuidados e um aumento da exigência, ao nível da sua qualidade torna-se essencial ajustar os serviços a estas realidades (Gonçalves, 2018).

Também percecionamos, que se entrecruza com as sugestões de melhoria, como os recursos humanos.

Como refere Silva (2017), uma solução imediata para o uso excessivo do SU seria o aumento da sua capacidade instalada, com o aumento dos recursos disponíveis, quer humanos, quer materiais.

Relativamente à **Cateterização da veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico**, das 19 observações apenas 3 não cumpriram o tempo recomendado, segundo o quadro de tempos intra-hospitalares recomendados na VV do AVC (Página 31) (Jauch et al., 2013), correspondendo a 16%. De acordo com os resultados nas entrevistas estes 16% que não cumpriram o tempo recomendado (10 minutos), poderá ser explicado pela afluência à SE como foi mencionado por alguns participantes.

Como corrobora Gonçalves (2008), cada vez mais nos deparamos com patologias complexas e com grande gravidade em pessoas que recorrem aos SU's.

Pinto (2021), menciona que num serviço de urgência, os eventos urgentes e emergentes são uma constante.

A SE recebe todas as pessoas triadas com cor vermelha e/ou que se encontram em risco de vida ou situações de doença grave (Couto, 2021).

Quanto à **Monitorização de sinais vitais**, das 19 observações apenas 3 não cumpriram o tempo recomendado, de acordo com o quadro de tempos intra-hospitalares recomendados na VV do AVC (Página 31) (Jauch et al., 2013), correspondendo a 16%.

Este dado poderá, mais uma vez, também ser explicado, pela afluência à SE. Silva (2015), percebeu num estudo que realizou que há uma afluência muito grande à SE aliado a uma permanência elevada de horas nesta.

Por fim, surge o processo de **Tempo desde a chegada da Pessoa até ao início da Fibrinólise**, tendo sido efetuada a apenas uma pessoa com VV do AVC implementada. Constatou-se que cumpriu o tempo alvo, segundo o quadro de tempos intra-hospitalares recomendados na VV do AVC (Página 31) (Jauch et al., 2013), correspondendo a 100%.

A fibrinólise tem como objetivo melhorar ou restabelecer o fluxo sanguíneo cerebral pela recanalização e reperfusão do tecido isquémico (Alonso de Leciana et al., 2014). No entanto, a sua eficácia é tempo-dependente e exige que o mesmo não ultrapasse a janela terapêutica das 4,5 horas após o início dos sintomas, momento a partir do qual os riscos da terapêutica ultrapassam benefícios (Catanese et al., 2017).

Muitas variáveis poderão condicionar a janela terapêutica, como o desconhecimento dos sinais de alerta do AVC por parte da comunidade, a dificuldade em acionar os serviços de emergência ou a pouca acessibilidade aos serviços de saúde (Jauch et al., 2013). Neste sentido, muitas pessoas com VV do AVC não são elegíveis para tratamento fibrinolítico, podendo assim justificar, a realização de trombólise a apenas uma pessoa com VV do AVC implementada nas observações realizadas.

CAPÍTULO V
CONCLUSÕES

O término de um trabalho de investigação é sempre gratificante, mas emerge a necessidade de refletir e analisar sobre o seu desenvolvimento. Torna-se assim, importante realizar uma síntese refletida das ideias essenciais e das principais conclusões obtidas, com o intuito de tecer algumas perspectivas futuras e lançar novos desafios.

A investigação foi guiada pelo objetivo principal que era analisar a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do Protocolo da VV do AVC.

O enquadramento teórico, realizado com base nos conceitos inerentes à problemática foi fulcral para o desenvolvimento do estudo, pois permitiu a orientação do mesmo, utilizando um fio condutor cientificamente comprovado.

Não obstante à existência de uma vasta literatura sobre o AVC, percecionamos que pouca se reporta para as dificuldades que os profissionais sentem na implementação do protocolo da VV do AVC.

Sendo o AVC a primeira causa de morte em Portugal (DGS, 2009), sentimos a necessidade de perceber e identificar as intervenções efetuadas, tanto pelos enfermeiros como pelos médicos, no atendimento da pessoa pela VV do AVC, as dificuldades sentidas durante todo o processo e como conseguinte as sugestões de melhoria.

Tendo em consideração a problemática em estudo e os objetivos definidos no início do trabalho, optamos por um estudo qualitativo de natureza descritiva e exploratória. Para melhor compreender a problemática e tendo por base a questão de investigação, decidimos utilizar duas estratégias de recolha de dados, a observação direta e a entrevista. Neste sentido, desenvolvemos dois instrumentos, uma grelha de observação (com recurso às recomendações da AHA) e um guião de entrevista com o intuito de complementar os dados obtidos e desta forma adquirir maior conhecimento dos saberes e práticas dos enfermeiros e médicos no atendimento da pessoa pela VV do AVC.

Da análise dos dados e discussão dos resultados emergiram um conjunto de conclusões, que passamos a apresentar:

- O **reconhecimento da sintomatologia do AVC** é o primeiro passo para que todo o processo no atendimento da pessoa seja célere. A maioria dos participantes identificou corretamente os pontos chave na abordagem à pessoa e verificamos que os tempos das intervenções foram cumpridos na maioria das observações efetuadas.

- Observamos que é valorizado o estabelecimento de **prioridades** no atendimento da pessoa pela VV do AVC, tendo os participantes considerado unanimemente, a realização de exame de imagiologia. Verificamos, através da observação, que em metade

das observações efetuadas, o tempo de realização de imagiologia foi cumprido (53%). Podemos concluir sobre a percepção da importância da realização de exame de imagem (TAC), no entanto, por diversas razões este resultado ainda está aquém do pretendido. Os recursos humanos e materiais têm um peso fulcral no atingimento desta recomendação.

- Relativamente às **dificuldades sentidas na TM**, sobressaíram a informação recebida na TM e também a afluência ao SU. É possível concluir que as dificuldades se prendem muito com a informação que se obtém das pessoas (doentes) e/ou familiares, a falta de conhecimento da população em geral e da sobrelotação do serviço. Também percecionamos que em algumas situações, o doente recorria ao SU com os bombeiros, sem estes apresentarem qualquer noção do grau de dependência dos doentes.

- Em relação às **dificuldades sentidas na implementação do protocolo da VV do AVC**, concluímos que a equipa médica não sentiu dificuldades em implementar, no entanto, a equipa de enfermagem evidenciou alguma dificuldade na implementação, reportando-se mais uma vez à TM.

- As **barreiras** identificadas pelos participantes foram, maioritariamente, os recursos humanos e materiais. Durante as observações percecionamos que a falta destes recursos condicionou em várias situações os tempos recomendados pela AHA.

- No tocante às **sugestões de melhoria** sobressaíram diversas: uma avaliação médica inicial mais rápida, melhorar a comunicação pelo papel fundamental no trabalho em equipa, otimizar os recursos humanos e materiais e a formação e treino em equipa. Esta última, embora mencionada apenas por um participante, é enfatizada nas observações efetuadas, que nos permitiram verificar que esta poderia ser uma das principais estratégias para melhorar o atendimento da pessoa pela VV do AVC.

Destas conclusões, é possível elencar algumas perspetivas futuras e que se podem situar em dois eixos, a nível da organização e da formação:

- **A nível da organização:** criação de um protocolo com o serviço de radiologia, visto que a existência de um TAC exclusivo para o serviço de urgência seria uma mais valia. É também essencial adequar o rácio de profissionais de saúde às exigências que o serviço de urgência demanda, com o objetivo de melhorar o atendimento das pessoas que recorrem a este.
- **A nível da formação:** criação de momentos de partilha de experiências (*debriefing*), com o intuito de crescimento enquanto equipa. A utilização de

cenários de simulações também são uma boa estratégia para o aperfeiçoamento do trabalho em equipa.

Este estudo permitiu-nos não só identificar a intervenção dos profissionais de saúde no atendimento da pessoa pela VV do AVC, como os aspetos a considerar na melhoria deste processo, tornando-o uma mais valia para a qualidade dos cuidados a estes doentes e como tal para o serviço em estudo.

Sendo um dos principais objetivos da investigação em saúde a devolução dos dados obtidos, com o intuito de melhorar a intervenção dos profissionais de saúde e nesse sentido promover um aumento da qualidade dos cuidados, é deste modo, nossa intenção devolver os resultados deste estudo à instituição e particularmente ao serviço onde o mesmo foi realizado. É também nosso objetivo, contribuir para a implementação das sugestões efetuadas no sentido de uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, promovendo não só a mudança na prestação de cuidados como um desenvolvimento conjunto das equipas.

Posto isto, consideramos que os objetivos delineados no início da investigação foram cumpridos e que foi encontrada resposta para a questão de investigação. A elaboração deste trabalho teve como maior dificuldade a inexperiência no campo da investigação, no entanto, foi colmatada com o apoio e disponibilidade da orientadora.

Para finalizar, acreditamos que apesar das limitações e dificuldades sentidas, este estudo contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional e poderá fomentar novas dinâmicas no atendimento da pessoa com VV do AVC implementada, obtendo desta forma ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, L., & Medeiros, C. (2009). *Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo de foco nas licenciaturas*. IX Congresso Nacional de Educação. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Brasil. 10711-10718. https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3041_1475.pdf
- Alonso de Leciñana, M., Egido, J. A., Casado, I., Ribó, M., Dávalos, A., Masjuan, J. & Vivancos, J. (2014). Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurologia*, 29 (2), 102–122. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.09.012>
- Baptista-Lucio, P., Fernández-Collado, C., Hernández-Sampieri, R. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo. The McGraw – Hill Companies.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. LiEdições 70.
- Barreira, I. (2018). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência*. Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Béjot, Y., Bailly, H., Durier, J., & Giroud, M. (2016). Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *Presse Medicale*, 45(12). <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.10.003>.
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23, 8–14. http://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto Comissariado da Saúde (ACS). <https://pt.scribd.com/document/250579768/Via-Verde-AVC-EAM-Recomendacoes-Clinicas-2007>.
- Costa, M. & Costa, C. (2000). Formação em serviço: Mitos e Realidades. 28-31. Coimbra: *Revista Sinais Vitais*, 30.
- Couto, D. (2021). *Abordagem ao Doente Crítico com Envolvimento Familiar*. Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Direção-Geral de Saúde (2009). *Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. 008/2011. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Doenças Cérebro Cardiovasculares em números*. Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação interna imediata*.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf

Duro, C., & Lima, M. A. (2010). O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Emergências: análise da literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(3), 1–6. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.2012v11n3>

Elder, E., Johnston, A., & Crilly, J. (2015). *Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department*. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 27(5), 394–404. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12446>

Jesus, E. (2019). *Competências comunicacionais na relação médico-doente: estudo em serviço de urgência*. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho.

European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee And The ESO Writing Committee (2008). *Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack*.

Faiz, K. W., Sundseth, A., Thommessen, B., & Rønning, O. M. (2014). *Factors related to decision delay in acute stroke*. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(3), 534–539. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.05.007>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Garcia, A. (2017). *Os fatores essenciais às relações interprofissionais na saúde e o seu impacto na qualidade dos cuidados hospitalares*. Escola Superior de Saúde de Bragança. ISCTE Business Scholl. Instituto Universitário de Lisboa.

Gonçalves, J. (2018). *A sobrelotação no serviço de urgência: estratégias de redução pela metodologia delphi*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

Grupo Português de Triagem - *Triagem no serviço de urgência - manual do formando*. 2ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, 2010. ISBN 9789899665200.

Hillman, K., & Forero, R. (2008). *Access Block and Overcrowding: a Literature Review*. New South Wales, Australia: University of New South Wales.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Oficiais. Causas de morte 2015*. <https://doi.org/10.3109/15563650.2013.863906>.

Jauch, E., Saver, J., Adams, H., Bruno, A., Connors, J., Demaerschalk, B., Yonas, H. (2013). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association*. American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870–947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>.

Jiménez, J. G. (2003). *Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias*. *Emergencias*, 15, 165–174. Retrieved from http://www.triajeset.com/acerca/archivos/revision_triaje_estructurado.pdf

Jorge B., Almeida R. & Júnior V. *Tendências atuais na investigação em simulação*. In *A Simulação Clínica no Ensino de Enfermagem*. Coimbra. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 2014. Cap. XVIII

Justo, A (2015). *Caraterização e Análise das Admissões Hospitalares na Urgência do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Kasner, SE. (2006). Clinical interpretation and Use of Stroke Scales. *Lancet Neurol*, 5:603-612.

Lima, A., Silva, A., Guerra, D., Barbosa, I., Bezerra, K., & Oria, M. (2016). Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(11), 785–792. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690423j>

- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Marques, A., Freitas, P., Guedes, A., Valença, A. (2009). *Triagem no serviço de urgência: protocolo de triagem de Manchester*. 2ª ed. Grupo Português de Triagem.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Moutinho, M., Magalhães, R., Correia, M., & Silva, M. C. (2013). *A Community-Based Study of Stroke Code Users in Northern Portugal*. *Acta Médica Portuguesa*, 26(2), 113–122. <https://doi.org/10.20344/amp.4103>
- Nunes, M. S. R. (2014). *Via Verde AVC: análise processual, subjacente a aproximações lean, a utentes com AVC isquémico*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde (2006). Highlights on health in Portugal 2004. *Highlights on health*, p.1-43. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/103576/e88944.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, p.1.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer N°14/2018.
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Enfermagem em contexto do Serviço de Urgência/Emergência – Que mudanças?*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/enfermagem-em-contexto-do-servico-de-urgenciaemergencia-que-mudancas/>
- Palma, J. (2002). Problemas de saúde urgentes: A quem recorrem os utentes e o que influencia a sua escolha. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18 (2002), 283-297.
- Pampliega Pérez, A. (2015). *La trombolisis sistémica y su aplicación: El código Ictus*. Universitas Miguel Hernandez. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=64441>
- Parecer conjunto CE e CJ nº 3/2010 -Preparação e administração de terapêutica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE_CJ_%203_2010_2.pdf
- Pereira, M. S. M. (2014). *O Sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pereira, M. S. M., Guedes, H. M., Oliveira, L. M., & Martins, J. C. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho

final. *Revista de Enfermagem Referência*, 13(IV), 93–102.
<https://doi.org/10.12707/RIV16079>

Pontes, B (2008). *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM*. Universidade Atlântica.

Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., Tirschwell, D. (2018). *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association*. American Stroke Association. *Stroke*, 49(3).

<https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>.

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto: Legis Editora.

Ricardo, M. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. Escola Superior de Saúde de Bragança.

Ringleb, P., Bousser, M., Ford, G., Bath, P., Brainin, M., Caso, V., Cervera, A., Chamorro, A., Cordonnier, C., Csiba, L., Davalos, A., Diener, H., Ferro, J., Hacke, W., Hennerici, M., Kaste, M., Langhorne, P., Lees, K., Leys, D., Lodder, J., Markus, H., Mas, J., Mattle, H., Muir, K., Wardlaw, J. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008*. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.

Rodeño, B. O., Ortiz, M. E., Salaices, M. G., & Casares, V. J. (2015). *El paciente con ictus desde la urgencia hasta el alta hospitalaria*. In *Atención hospitalaria del paciente con ictus*. Madrid: Hospital Universitario de Torrejón.

Salgueiro, H. (2008). *Fatores de risco e AVC nos idosos*. Coimbra: Sinais Vitais, p.53.

Santos, N.; Veiga, P; Andrade, R. (2011) Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Salvador. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.64, n.2, p. 355-358. ISSN 0034-7167. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>

Santos, J. N.; Silva, L. A. (2012) *Conceções e práticas do trabalho e da gestão de equipas multidisciplinares na saúde*. Santa Catarina: Revista de Ciência e Administração [Em linha]. Vol.14, n.34, p. 155-168. ISSN 1516-3865.

Silva, A. (2015). *Sala de Emergência – Abordagem do Doente Crítico*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Silva, S. (2017). *Modelos de análise e previsão de recursos de um Serviço de Urgência Polivalente*. Faculdade de Economia do Porto. Universidade do Porto.

Silva, A. (2017). *Eficiência Operacional no Serviço de Urgência do Hospital de Cascais – Caso Pedagógico*. ISCTE Business School. Instituto Universitário de Lisboa.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) (2019). 13º Congresso Português do AVC. <http://www.newsfarma.pt>

Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J., Mitchell, P. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: A scientific statement from the American heart association. *Stroke*, 40(8), 2911–2944. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.192362>.

Zoppo, G., Saver, J., Jauch, E., & Adams, H. (2009). Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator: a 91 science advisory from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 40(8), 2945–2948. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.192535>

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 3 de 20-01-2023</p> <p>Assunto:</p> <p>O atendimento da pessoa pela "Via Verde" do "acidente vascular cerebral" no S. U.</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p>Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Sandra Vilas Boas, enfermeira do Serviço de Urgência da ULSAM, aluna do VIII curso de enfermagem médico-cirúrgica da E.S.S do I.P. de Viana do Castelo, sob orientação da Prof. Doutora Maria Aurora Pereira.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para realizar, no Serviço de Urgência médico-cirúrgica da ULSAM, até 31-5-2023, um estudo académico de investigação, observacional, descritivo e exploratório, subordinado ao tema em epígrafe, com vista a analisar a intervenção dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da V.V. no S.U. Médico-Cirúrgica da ULSAM.

Serão realizados questionários semi-estruturados dirigidos aos profissionais voluntários, sendo que os participantes não serão identificados, com garantia do seu anonimato e confidencialidade dos dados a fornecerem, no decurso de "consentimento informado" a prestar segundo o texto junto ao processo que se afigura respeitar as normas legais aplicáveis.

Apenas a investigadora terá acesso aos processos clínicos dos doentes.

Foi prestada autorização pelos diretores do S.U. e do Departamento de Medicina Crítica.

2. Fundamentação

A requerente refere que, desde 2019, pertence ao grupo de trabalho da Via Verde do acidente vascular cerebral.

A ativação da V.V. do AVC serve para garantir que as pessoas com sinais e sintomas de AVC sejam prioritárias no seu atendimento.

Os profissionais de saúde que atendem estes pacientes, entre eles o enfermeiro, devem estar capacitados para oferecer um atendimento especializado e contínuo, desde a porta de entrada do paciente no hospital até ao internamento, seja numa enfermaria, unidade de AVC ou unidade de terapia intensiva.

Prezende perceber como os profissionais de saúde intervêm aquando da implementação do protocolo da mencionada Via Verde e as barreiras identificadas por aqueles, no sentido de melhorar o atendimento dos doentes.

De acordo com a O.M.S. o A.V.C. é a terceira principal causa de morte nos países industrializados, depois das doenças cardíaca e oncológica, sendo a primeira causa de morte em Portugal.

O protocolo da V. V. do A.V.C. tem como objetivo conseguir que todos os doentes com A.V.C. de origem isquémica cheguem em tempo oportuno a um hospital, tenham acesso rápido a um diagnóstico definitivo e, nos casos elegíveis, a tratamento de reperfusão.

Tem-se por objetivos específicos:

- Descrever as intervenções dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da V. V.;
- Identificar os fatores dificultadores dos profissionais de saúde no atendimento da pessoa pela V. V.;
- Identificar sugestões de melhoria no atendimento da pessoa pela V. V.

3. Conclusão/parecer

Afigura-se não ocorrerem circunstâncias que traduzam violação das regras de natureza ética que obstem à realização do estudo em análise, pelo que proponho a sua aprovação.

Nota: Referências bibliográficas:

Foi apresentada abundante bibliografia.

Relator(es)	João Vaz
Ratificado em reunião do dia	23-02-2023
Enviado parecer: / /	

23/02/2023

O Presidente da CES

Autizo
Rosário Barros
 Enfermeira
 23/02/2023

[Handwritten Signature]
 DR. CARLOS RIBEIRO
 Presidente da CES

ANEXO II - Protocolo da VV do AVC

VIA VERDE DE AVC

❖ SU- VIA VERDE AVC INTRA-HOSPITALAR

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE AVC
- REALIZAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM
- TERAPÉUTICA
 - TROMBÓLISE
 - TROMBECTOMIA
- TRANSFERÊNCIA/INTERNAMENTO

❖ HEMORRAGIA INTRACRANEANA

❖ CUIDADOS BÁSICOS NA FASE AGUDA AVC

Grupo de WAVC,
Atualização fevereiro/2022

Caso suspeito de AVC

Doente acordado e/ou sem vida de relação (mRS >3)?
Idade <18 anos?
Início de sintomas >24h?

Triagem de Manchester

Caso contrário prosseguir

Protocolo Via Verde de AVC

1- Hora atual] - _____ ; _____

2- Protocolo FAST (Face Arm Speech Test)

Alteração da fala	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Assimetria da face	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Lado afetado	<input type="checkbox"/> Dire	<input type="checkbox"/> Esq
Diminuição da força nos MGS	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Lado afetado	<input type="checkbox"/> Dire	<input type="checkbox"/> Esq

SALA (se o doente conversa):

- verificar uma alteração RECENTE da fala
- verificar com acompanhantes quando possível
- pesquisar dificuldade em nomear objetos. Se existir dificuldade visual importante, colocar o objeto perto do doente e pedir para nomear

MOVIMENTOS FACIAIS:

- pedir ao doente para sorrir ou mostrar os dentes
- pesquisar assimetria RECENTE

MOVIMENTOS DOS BRAÇOS:

- levantar os braços a 90º se sentado ou 45º se deitado.
- Um dos braços cai rapidamente ou descai gradualmente? Em caso afirmativo marcar se foi o direito ou esquerdo

3- Última hora em que se sentiu ou foi visto bom o doente: _____ ; _____

4- Se sintomas <24h doente vai para **SALA DE EMERGÊNCIA** acompanhado pelo Enfermeiro, até chegada de Medicina Interna/Neurologia

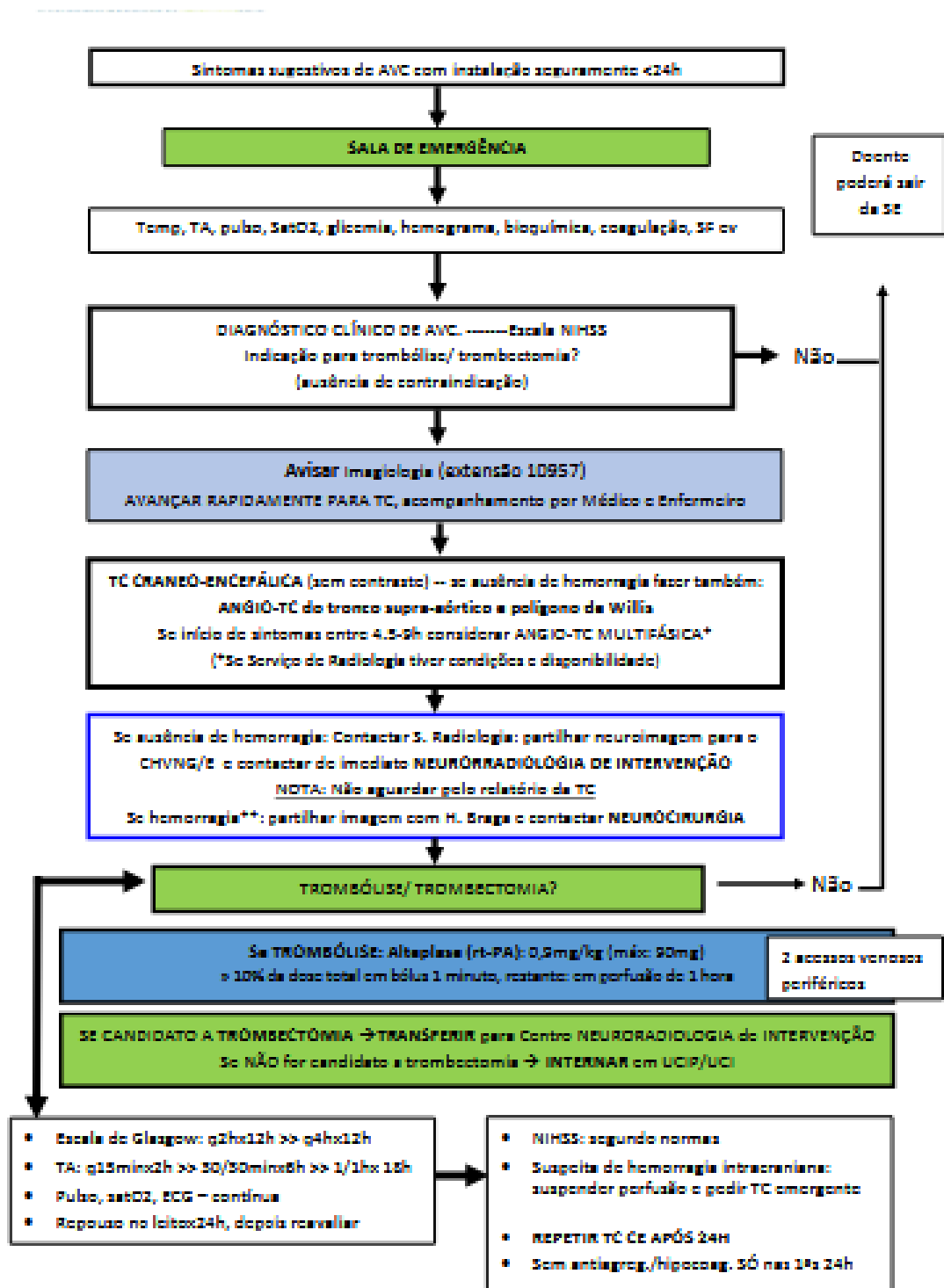
5- Parâmetros vitais

6- Monitorização de ECG, Sat O2, FR

7- Colheitas conforme protocolo (Hemograma, Biloq, E. Coagulação)

8- Manter acesso venoso patentemente (SE Lento), membro não parético.

Temp: _____ °C
TA: _____ / _____ mmHg
FC: _____ bpm
FR: _____ rpm
SatO2: _____ %
Glicemia capilar: _____ mg/dl



DOENTES COM POSSÍVEL INDICAÇÃO PARA TROMBÓLISE

- ✓ idade >18 anos
- ✓ doente independente
- ✓ ≤ 4,5h de início défice (4,5h-9h ou hora de início de sintomas desconhecida = após discussão de imagem com MRI)

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (basta um para não efetuar trombólise)

AVC menor (NIHSS<5 e sem oclusão de grande vaso) ou regressão rápida para NIHSS não mensurável antes da perfusão	
Convulsão na instalação de AVC, exceto se certifica de ausência TCE e défice não ser pela convulsão	
Síntomas de HSA	
TA > 185/110mmHg (após 20 + 10mg de labetalol iv)	
TC cerebral com hemorragia intracraniana	
TC com sinais precoces de enfarte em > 33% do território da ACM (ASPECT <7) = considerar caso a caso - discutir com Neuroradiologia e/ou Neurologia	
TC com edema cerebral ou efeito de massa	
História prévia de hemorragia intracraniana com causa tratada e com recorrência	
AVC/TCE grave há <5meças	
Lesão do SNC (neoplasia, MAV, cirurgia intracraniana ou espínhal)	
Retinopatia hemorrágica	
Glicémia < 50mg/dL	
Função vascular em local não compressível há <7 dias (ex. subclávia, jugular)	
Suspeita de endocardite bacteriana, pericardite ou pancreatite aguda	
Doença hepática grave, varizes esofágicas, aneurismas arteriais	
Úlcera gastrointestinal conhecida nos últimos 3 meças	
Neoplasia com risco aumentado de hemorragia	
Parto no último mês	
SAM nos 3 meças prévios	
Hemorragia gastrointestinal ou urinária há < 21 dias	
Massagem cardíaca há < 10 dias	
[*]Grande cirurgia há < 14 dias	
[*] Traumatismo significativo nos últimos 3 meças conhecidos	
Diátese hemorrágica conhecida:	
• Plaquetas < 100.000/uL	
• [*] INR > 1,7	
• [*] APTT acima do limite superior do normal (se recebeu heparina há <48 horas)	
• [*] HBPM nos últimos 24h em dose terapêutica	
• [*] = Toma de inibidores directos do factor II ou Xa há menos de 48h (assumindo função renal normal)	

(*) podem ser candidatas a trombectomia, se oclusão de grande vaso

m Pode ser candidato a trombólise:

- se toma dabigatrano o tempo Trombina <80seg
- se toma de rivaroxabano, apixabano ou edoxabano e atividade anti-Xa <0,5U/mL
- se toma de dabigatrano sendo revertida atividade com idarucizumab

Ponderar trombólise APÓS DISCUSSÃO COM MÉDICOS(S) SÊNIOR(ES), nas seguintes situações:

- doente com AVC prévio e diabetes
- doente com convulsão na instalação do AVC
- doente com AVC menor (NIHSS<5) mas déficits incapacitantes (afasia, hemiparesia ou plegia de um membro)

CONSIDERAR TRATAMENTO ENDOVASCULAR

TROMBECTOMIA - SE OCLUSÃO DA ACl, AClM em M1 e M2 OU BASILAR

Transferência para hospital de referência de Trombectomia

Tempo de trombectomia na oclusão ACl, AClM e A. basilar < 24h

NÓTAS:

- A oclusão do vaso intracraniano deve ser demonstrada por angiograma /angiografia do tronco supra aórtico e polígono de Willis.
- Os doentes com indicação para tratamento com rtPA-IV devem iniciá-lo o mais rapidamente possível independentemente de estar considerado o tratamento endovascular.
- Após confirmação de todos os critérios de referência recomendados deve iniciar-se de imediato o processo de transferência, não se devendo ceder pela resposta clínica após início do rtPA-IV.
- Devem ser reconhecidas as contraindicações para tratamento endovascular, antes da transferência, nomeadamente alergia comprovada ao contraste iodado com reação alérgica major prévia

ACI: artéria carótida interna; AClM: artéria cerebral média; A. Basilar: artéria basilar

IDARUCIZUMAB

No AVC Hemorrágico: 5 g para todos os doentes (2 frascos de 2,5g)

No AVC Isquémico, com intenção de realizar Trombólise:

Aguardar no caso do doente a tomar Dabigatrano

AVC: anti-vitamina K; CClP: concentrado do complexo protrombínico; DOAC: anticoagulantes orais directos; HNF: heparina não fracionada; HBPM: heparina de baixo peso molecular

PROTOCOLO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - Cuidados Básicos na fase aguda

1º DIA

- Repouso no leito com tronco a 30º
- Oxigénio se saturação periférica <92%
- Assegurar a permeabilidade da via aérea e prevenir aspiração
- Registo de SatO₂, FC, TA, Temp e Glicemia capilar de 4/4horas
- Vigiar estado de consciência
- Dieta nula
- Soro fisiológico ev conforme prescrição (~1500 mL/dia).
 - Evitar soluções hipertónicas e glicosadas.
 - Se glicemia capilar <100mg/dL substituir por Glucose em SF
- Paracetamol 1g ev – se temperatura ≥37.0º
- AAS/Clopidogrel no AVC isquémico, se não fez trombólise.
- Estatina no AVC isquémico
- HBPM profilática, se não fez trombólise (exceto se HSA)
- Captopril 12.5mg si sos de acordo com:
 - AVC hemorrágico: Valores alvo: </= 140/90 mmHg
 - AVC isquémico: Iniciar terapêutica anti-hipertensora se PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg; assegurar uma descida entre 15-25% dos valores tensionais nas 1ºs 24h.
 - AVC isquémico e trombólise:
 - Doentes elegíveis para trombólise devem ter a PAS </= 185 mmHg e PAD </= 110mmHg antes desta terapêutica.
 - Pós-trombólise: Monitorizar PA cada 15 min durante 2h + cada 30min durante 6h + cada hora até às 24h » Manter valores tensionais <180/105 mmHg, pelo menos nas 1ºs 24h após o tto.

Durante as primeiras 24h após trombólise:

- Evitar manobras "invasivas" como algáliação ou colocação de SNG

- Não administrar antiagregante/hipocoagulante

Não colocar via endovenosa no membro parético

2º DIA

- Testar reflexo de deglutição – rastreio da disfagia segundo VVS-T
- Iniciar alimentação oral (se disfagia grave/alteração estado consciência- SNG)
- Em geral **LEVANTE**:
 - AVC isquémico: Às 48h no leito » Às 72h para fora do leito
 - AVC hemorrágico: Após as 48-72h no leito e fora do leito de acordo com indicação médica
- Doentes Inconscientes/parésias graves: a mobilização passiva no leito é essencial
- No AVC isquémico: Iniciar AAS/Clopidogrel, se ainda não iniciou
- HBPM profilática, se ainda não iniciou (exceto se Hemorragia subaracnóide(HSA)).

(qualquer item pode ser alterado por prescrição médica)

(*) Podem ser candidatos a trombectomia, se oclusão de grande vaso

m Pode ser candidato a trombólise:

- se toma dabigatrano o tempo Trombina <80seg
- se toma de rivaroxabano, apixabano ou edoxabano o atividade anti-Xa <0.5U/mL
- se toma de dabigatrano sendo revertida atividade com idarucizumab

Ponderar trombólise APÓS DISCUSSÃO COM MÉDICO(S) SÊNIOR(ES), nas seguintes situações:

- doente com AVC prévio e diabetes
- doente com convulsão na instalação do AVC
- doente com AVC menor (NIHSS<5) mas déficits incapacitantes (afasia, hemiparesia ou plegia de um membro)

CONSIDERAR TRATAMENTO ENDOVASCULAR

TROMBECTOMIA - SE OCCLUSÃO DA ACl, AClM em M1 e M2 OU BASILAR

Transferência para hospital de referência de Trombectomia

Tempo de trombectomia na oclusão ACl, AClM e A. Basilar < 24h

NOTAS:

- A oclusão do vaso intracraniano deve ser demonstrada por angiotc /angioRM do tronco supra aórtico e polígono de Willis.
- Os doentes com indicação para tratamento com rPA-IV devem iniciá-lo o mais rapidamente possível independentemente de estar considerado o tratamento endovascular.
- Após confirmação de todos os critérios de referencição recomendados deve iniciar-se de imediato o processo de transferência, não se devendo esperar pela resposta clínica após início do rPA-IV.
- Devem ser reconhecidas as contraindicações para tratamento endovascular, antes da transferência, nomeadamente alergia comprovada ao contraste iodado com reação alérgica major prévia

ACI: artéria carótida interna; AClM: artéria cerebral média; A. Basilar: artéria basilar

APÊNDICES

APÊNDICE I – Quadro síntese da análise de conteúdo – temáticas, Categorias,
Subcategoria e Unidades de Registo

Área temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidades de Registo
Intervenções na implementação do protocolo da VV do AVC	Identificar VV do AVC na TM	Défices neurológicos	<p>“Avaliar os 3 F’S (...). (E1);</p> <p>“Avaliar défices Neurológicos, os 3 F’s (...).” (E2);</p> <p>“Saber qual a queixa do doente, confirmar se há défices, os 3F’s (...).” (E3);</p> <p>“(...) avalia-se o doente, e se tiver défices (...).” (E4);</p> <p>“Na TM inicialmente temos que avaliar o doente, ver se tem défices (...).” (E5);</p> <p>“(...) se considerar que tem défices (...).” (E6);</p> <p>“(...) tento perceber se tem défices (...).” (E7);</p> <p>“(...) avalio doente e se tiver défices (...).” (E8);</p> <p>“(...) avalio o doente e se tiver défices (...).” (E9);</p> <p>“Ouço a queixa do doente ou familiar, avalio os 3F’s (...).” (E10);</p> <p>“Avalio défices (...).” (E11);</p> <p>“(...) perceber a história do doente, os défices (...).” (E12);</p> <p>“(...) perceber se tem défices (...).” (E13);</p> <p>“(...) perceber história do doente, os défices (...).” (E14);</p> <p>“Avalio doente. Se for uma potencial VV AVC (...).” (E15);</p> <p>“(...) perceber história do doente, os défices (...).” (E16);</p> <p>“(...) ouço a queixa do doente ou do acompanhante, avalio os défices (...).” (E17).</p>
		Tempo de evolução	<p>“(...) a hora de início dos défices (...).” (E7);</p> <p>“(...) estiver dentro da janela (...).” (E8);</p>

	<p><i>“(...) tento perceber o início dos sintomas (...).” (E9);</i></p> <p><i>“(...) início de sintomatologia (...).” (E12);</i></p> <p><i>“(...) início de sintomatologia (...).” (E13);</i></p> <p><i>“(...) início dos sintomas (...).” (E14);</i></p> <p><i>“(...) início de sintomatologia (...).” (E16);</i></p> <p><i>“(...) início dos sintomas ou a última vez que o doente foi visto bem (...).” (E17).</i></p>
Escala de Rankin	<p><i>“Saber o Grau de dependência do doente.” (E3);</i></p> <p><i>“(...) e dependência do doente.” (E7);</i></p> <p><i>“(...) e dependência do doente.” (E9);</i></p> <p><i>“Avalio grau de dependência.” (E10);</i></p> <p><i>“(...) grau de dependência.” (E12);</i></p> <p><i>“(...) grau de dependência.” (E13);</i></p> <p><i>“(...) grau de dependência.” (E14);</i></p> <p><i>“(...) grau de dependência.” (E16);</i></p> <p><i>“(...) e pergunto o grau de dependência.” (E17).</i></p>
Encaminhamento para SE	<p><i>“(...) ativar VV e encaminho para a SE.” (E1);</i></p> <p><i>“(...) encaminhar para a SE.” (E2);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhar para a SE.” (E3);</i></p> <p><i>“(...) encaminhar para a SE.” (E4);</i></p> <p><i>“(...) encaminha-se para a SE.” (E5);</i></p> <p><i>“(...) e encaminho para a SE.” (E6);</i></p> <p><i>“(...) e encaminho para a SE.” (E7);</i></p> <p><i>“(...) e encaminho para a SE.” (E8);</i></p> <p><i>“(...) e encaminho para a SE.” (E9);</i></p> <p><i>“(...) e encaminho para a SE.” (E10);</i></p>

		<p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E11);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E12);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E13);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E14);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E15);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E16);</i></p> <p><i>“(...) e encaminhado para a SE.” (E17).</i></p>
Informar	Equipa multidisciplinar	<p><i>“(...) avisamos a restante equipa (...).” (M1);</i></p> <p><i>“Chamo o Medico do DMC e Medicina Interna.” (E1);</i></p> <p><i>“Na SE avisar os dois médicos. (E2);</i></p> <p><i>“Na SE temos que contactar médico de Medicina Interna e</i> <i>médico DMC.” (E4);</i></p> <p><i>“(...) contacto os médicos.” (E6);</i></p> <p><i>“(...) contacto os médicos (...).” (E7);</i></p> <p><i>“(...) a contactar os médicos.” (E12);</i></p> <p><i>“Na SE temos que contactar médico de Medicina Interna e</i> <i>médico DMC.” (E15);</i></p> <p><i>“(...) aviso equipa médica (...).” (E16);</i></p> <p><i>“(...) aviso a equipa médica (...).” (E17).</i></p>
	Serviço de Radiologia	<p><i>“(...) e avisa a TAC.” (M6);</i></p> <p><i>“(...) e avisa o TAC.” (M7);</i></p> <p><i>“(...) contacto serviço de radiologia (...).” (M8);</i></p>

		<p><i>“Avisar logo o TAC.” (E2);</i></p> <p><i>“(…) aviso radiologia.” (E7);</i></p> <p><i>“(…) contactar a radiologia (…).” (E16);</i></p> <p><i>“(…) contacta a radiologia (…).” (E17).</i></p>
Avaliar	Anamnese	<p><i>“(…) a abordagem inicial (…).” (M1);</i></p> <p><i>“Fazemos um exame objetivo (…) para ver antecedentes (…).” (M2);</i></p> <p><i>“Faço uma colheita rápida da história clínica (…).” (M4);</i></p> <p><i>“Abordagem ao doente (..) antecedentes pessoais e medicação (…).” (M5);</i></p> <p><i>“Faço a colheita da história rápida (…).” (M6);</i></p> <p><i>“Faço a colheita da história rápida e sucinta (…).” (M7);</i></p> <p><i>“(…) tento perceber a história (..) os antecedentes pessoais, medicações (…).” (M8);</i></p> <p><i>“Faço uma colheita rápida e sucinta da história clínica (…).” (M9);</i></p> <p><i>“Faço uma colheita da história clínica (…).” (M10);</i></p> <p><i>“(…) em perceber a história.” (E11);</i></p> <p><i>“Tentar perceber a história do doente.” (E13).</i></p>
	Exame neurológico e/ou NHISS	<p><i>“(…) exame neurológico atempado (…).” (M1);</i></p> <p><i>“Um exame neurológico rápido (…).” (M2);</i></p> <p><i>“(…) falo com o doente, faço um NHISS (..) e um exame neurológico.” (M3);</i></p> <p><i>“(…) um exame neurológico sumário (…).” (M4);</i></p>

		<p>“Realizar um NHISS (...).” (M5);</p> <p>“(...) exame Neurológico mais sucinto (...).” (M6);</p> <p>“Faço colheita da história (..) faço um exame neurológico (...).” (M7);</p> <p>“(...) realiza um exame neurológico sumário (...).” (M8);</p> <p>“(...) realizo um exame neurológico sumário (...).” (M9);</p> <p>“(...) realizo um exame neurológico sumário (...).” (M10);</p> <p>“(...) Confirmo défices (...).” (E7);</p> <p>“Na sala de emergência confirmo défices (...).” (E10);</p> <p>“(...) tento perceber a história e confirmo défices.” (E14).</p>
Requisitar Exames complementares de diagnóstico		<p>“(...) agilizamos os exames de imagem.” (M1);</p> <p>“Depois encaminhamos o doente á TAC (...).” (M2);</p> <p>“(...) e seguir para o TAC.” (M3);</p> <p>“(...) peço exames complementares de diagnóstico (...).” (M4);</p> <p>“(...) priorizar o TAC.” (M5);</p> <p>“(...) o meu colega pede exames (...).” (M6);</p> <p>“(...) o meu colega pede exames (...).” (M7);</p> <p>“(...) eu vou pedindo exames (...).” (M8);</p> <p>“(...) peço exames complementares de diagnóstico (...).” (M9);</p> <p>“(...) peço exames complementares de diagnóstico (...).” (M10).</p>
Executar	Monitorização cardiorrespiratória	<p>“Monitorizo o doente (...).” (E1);</p> <p>“(...) monitorizar doente.” (E2);</p> <p>“(...) monitorizo o doente (...).” (E3);</p> <p>“Monitorizar doente.” (E5);</p> <p>“(...) monitorizamos (...).” (E6);</p>

	<p><i>“(...) monitorizo o doente (...).” (E7);</i></p> <p><i>“(...) monitorizo (...).” (E8);</i></p> <p><i>“(...) monitorizo (...).” (E9);</i></p> <p><i>“(...) e monitorizo o doente.” (E10);</i></p> <p><i>“(...) monitorizo doente (...).” (E12);</i></p> <p><i>“(...) monitorizo doente (...).” (E13);</i></p> <p><i>“(...) monitorizo doente (...).” (E14);</i></p> <p><i>“Monitorizo o doente (...).” (E15);</i></p> <p><i>“(...) e monitorizar.” (E16);</i></p> <p><i>“(...) e monitorizo.” (E17);</i></p>
<p>Cateterização de veia periférica</p>	<p><i>“(...) e deixo um cateter venoso periférico.” (E1);</i></p> <p><i>“Cateterizar veia (...).” (E2);</i></p> <p><i>“(...) cateterizo uma veia (...).” (E3);</i></p> <p><i>“(...) a colocação de acesso (...).” (E5);</i></p> <p><i>“(...) cateterizo uma veia (...).” (E7);</i></p> <p><i>“(...) cateterizo uma veia (...).” (E8);</i></p> <p><i>“Na SE cateterizo uma veia (...).” (E9);</i></p> <p><i>“(...) punciono doente (...).” (E10);</i></p> <p><i>“Cateterizo veia (...).” (E12);</i></p> <p><i>“(...) cateterizo uma veia (...).” (E13);</i></p> <p><i>“Cateterizo uma veia periférica (...).” (E14);</i></p> <p><i>“Cateterizo veia (...).” (E15);</i></p> <p><i>“Cateterizar veia (...).” (E16);</i></p> <p><i>“Cateterizo veia (...).” (E17).</i></p>
<p>Colheita de análises clínicas</p>	<p><i>“(...) colho análises clínicas (...).” (E1);</i></p> <p><i>“(...) colher análises (...).” (E4);</i></p>

	<p><i>“(...) para colher análises.” (E5);</i></p> <p><i>“(...) colhemos sangue (...).” (E6);</i></p> <p><i>“(...) colho sangue.” (E7);</i></p> <p><i>“(...) e colho sangue para estudo analítico (...).” (E10);</i></p> <p><i>“(...) colho sangue para análises (...).” (E13);</i></p> <p><i>“(...) colho sangue para análises (...).” (E14);</i></p> <p><i>“(...) colho sangue (...).” (E15);</i></p> <p><i>“(...) colher análises (...).” (E16);</i></p> <p><i>“(...) colho análises (...).” (E17).</i></p>
Realizar exames de imagiologia	<p><i>“(...) agilizamos os exames de imagem.” (M1);</i></p> <p><i>“(...) encaminhamos o doente à TAC (...).” (M2);</i></p> <p><i>“S e o TAC estiver livre (...).” (M3);</i></p> <p><i>“(...) encaminho o doente para a TAC.” (M4);</i></p> <p><i>“(...) priorizar o TAC.” (M5);</i></p> <p><i>“(...) só depois do TAC (...).” (M6);</i></p> <p><i>“(...) após realização de imagem (...).” (M7);</i></p> <p><i>“(...) realizar o exame de imagem.” (M8);</i></p> <p><i>“(...) encaminho o doente à TAC (...).” (M9);</i></p> <p><i>“(...) encaminho o doente para a TAC.” (M10);</i></p> <p><i>“Tentar levar à TAC.” (E1);</i></p> <p><i>“Avisar logo o TAC.” (E2);</i></p> <p><i>“(...) encaminho o doente para TAC.” (E3);</i></p> <p><i>“(...) encaminhamento para a TAC.” (E4);</i></p> <p><i>“Regressa da TAC (...).” (E5);</i></p> <p><i>“(...) e de seguida vamos à TAC.” (E6);</i></p> <p><i>“(...) depois acompanhamento o doente para realizar TAC.” (E7);</i></p>

		<p>“(...) encaminhado o doente à TAC.” (E8);</p> <p>“(...) encaminhado o doente à TAC.” (E9);</p> <p>“Acompanho o doente à radiologia.” (E10);</p> <p>“Após TAC (...)” (E11);</p> <p>“(...) encaminhado para a radiologia.” (E12);</p> <p>“(...) encaminhado para a radiologia.” (E13);</p> <p>“(...) encaminhado para a radiologia.” (E14);</p> <p>“Depois encaminhado o doente para a TAC.” (E15);</p> <p>“(...) contactar a radiologia (...)” (E16);</p> <p>“(...) contacta a radiologia (...)” (E17).</p>
Discutir com Neurorradiologia		<p>“(...) fazemos contacto com a neurorradiologia de apoio.” (M2);</p> <p>“Discutir com os colegas da neurorradiologia e tomar as intervenções a seguir.” (M5);</p> <p>“Depois discutimos com os colegas da neurorradiologia.” (M6);</p> <p>“Depois discutimos com os colegas da neurorradiologia.” (M7).</p>
Decisão de trombólise e/ou trombectomia		<p>“Tentamos perceber se tem ou não indicação para trombólise e se temos que transferir o doente para centro de referência.” (M2);</p> <p>“A trombólise pode ser iniciada sem discussão com os colegas da neurorradiologia, a trombectomia tem sempre que ser em discussão com os colegas.” (M5).</p>
Estabelecer prioridades	Tempo de evolução	“Saber o início da sintomatologia (...)” (E7).
	Exame neurológico e/ou NHISS	<p>“Realizar um exame neurológico atempado (...)” (M1);</p> <p>“Um exame neurológico rápido, perceber se tem défices (...)” (M2);</p>

	<p><i>“Realizar o NHISS (...).” (M3);</i></p> <p><i>“Exame neurológico atempado para tomar decisões (...).”</i> <i>(M8);</i></p> <p><i>“(...) fazer um exame mais sucinto (...).” (E15).</i></p>
Exames de imagiologia	<p><i>“(...) realizar imagem, porque tempo é cérebro.” (M1);</i></p> <p><i>“(...) encaminhar o mais rápido possível o doente para realizar TAC.” (M2);</i></p> <p><i>“(...) encaminhar o mais rápido possível o doente para realizar TAC.” (M3);</i></p> <p><i>“O mais importante é a execução do TAC.” (M4);</i></p> <p><i>“Realizar TAC.” (M5);</i></p> <p><i>“Realizar TAC rápido.” (M6);</i></p> <p><i>“Realização de TAC rápido.” (M7);</i></p> <p><i>“(...) a execução do TAC.” (M9);</i></p> <p><i>“A execução do TAC.” (M10);</i></p> <p><i>“A execução do TAC.” (E1);</i></p> <p><i>“A execução do TAC.” (E2);</i></p> <p><i>“A prioridade é realizar TAC.” (E3);</i></p> <p><i>“Realizar TAC.” (E4);</i></p> <p><i>“Realizar TAC.” (E5);</i></p> <p><i>“Realização de TAC, para ter acesso a tratamento mais eficaz o mais rápido possível.” (E6);</i></p> <p><i>“Realização de TAC.” (E7);</i></p> <p><i>“Realização de TAC.” (E8);</i></p>

“Realizar TAC.” (E9);

“Realização de TAC.” (E10);

“Realização de TAC.” (E11);

“Realização de TAC.” (E12);

“Realização de TAC.” (E13);

“Realização de TAC.” (E14);

“Realização de TAC.” (E15);

“Realização de TAC.” (E16);

“Realização de TAC.” (E17).

Área temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidades de Registo
Fatores dificultadores na VV do AVC	Relacionados com Triagem Manchester	Tempo excessivo	<p>“Se não soubermos atempadamente que tem défices, as vezes temos uma lista muito grande de doentes para triar e aí temos tempos de triagem muito grandes.” (E2);</p> <p>“Se ninguém avisar que é uma possível VV do AVC, não sabemos e temos atrasos nos tempos desde que o doente chega até o triarmos.” (E9);</p> <p>“Muitas vezes temos atrasos nos tempos desde que o doente chega até o triarmos.” (E10);</p> <p>“Se o doente vier do domicílio e não avisar o administrativo, quem está na TM, não sabe que há um doente com défices neurológicos e podemos ter tempos desde a chegada até à TM muito grandes.” (E14).</p>
		Informações erróneas	<p>“As vezes é um bocado dúbio. As informações as vezes não estão corretas.” (E3);</p> <p>“Às vezes os familiares e/ou bombeiros dizem que o doente é independente, e quando vamos a ver bem, chegamos a conclusão que é dependente.” (E6);</p> <p>“Na Triagem de Manchester às vezes a história não é bem transmitida (...)” (E9);</p> <p>“Às vezes chega um doente com determinada informação e depois esclarecemos a informação e é completamente diferente.” (E12);</p> <p>“Às vezes chega um doente com determinada informação e depois esclarecemos a informação, e é completamente diferente.” (E16).</p>
		Identificar défices neurológicos	<p>“(…) sinto dificuldade porque existem muitas coisas que te podem dar défices parecidos com o AVC.” (E5);</p> <p>“Às vezes os sintomas não são bem definidos.” (E10);</p>

		<p><i>“(...) temos é dificuldade em perceber os défices.” (E11);</i></p> <p><i>“(...) muitas vezes tenho dúvidas nos défices.” (E14).</i></p>
	Avaliar Escala de Rankin	<p><i>“E as vezes tenho dificuldade em saber se o doente é dependente ou não.” (E5);</i></p> <p><i>“Às vezes os familiares ou bombeiros dizem que o doente é independente, e quando vamos a ver bem, chegamos à conclusão que é dependente.” (E6);</i></p> <p><i>“(...) temos dificuldade em saber (...) qual o grau de dependência.” (E9);</i></p> <p><i>“Tentar perceber a história do doente, grau de dependência.” (E13);</i></p> <p><i>“(...) grau de dependência.” (E14).</i></p>
Relacionados Com Serviço de radiologia	Difícil contacto	<p><i>“O contacto com a radiologia, muitas vezes temos a TAC ocupada e temos que esperar.” (M1);</i></p> <p><i>“(...) noto alguma dificuldade em colocar os doentes na TAC (...).” (M3);</i></p> <p><i>“(...) o atraso na execução do TAC (...).” (M4);</i></p> <p><i>“(.) o contacto com a radiologia, muitas vezes temos que esperar porque estão ocupados.” (M8);</i></p> <p><i>“O contacto com a TAC nem sempre é fácil.” (E11);</i></p> <p><i>“Atraso no TAC” (E12);</i></p> <p><i>“Atraso no TAC (...) agilizar melhor com a TAC” (E13);</i></p> <p><i>“Na SE temos atrasos no TAC, muitas vezes o TAC está com algum procedimento, ou ninguém atende o telefone (...).” (E14);</i></p> <p><i>“Atraso no TAC ou por não atenderem o telefone ou estarem ocupados com algum doente.” (E16).</i></p>
	Indisponibilidade	<p><i>“(...) muitas vezes temos a TAC ocupada (...).” (M1);</i></p> <p><i>“(...) às vezes estão ocupados (...).” (M2);</i></p>

“(...) a TAC estar ocupada ou não estar disponível.” (M3);
 “(...) o atraso na execução do TAC (...)” (M4);
 “Às vezes estão ocupados (...)” (M6);
 “Às vezes estão ocupados.” (M7);
 “(...) muitas vezes temos que esperar porque estão ocupados.” (M8);
 “Atrasos no TAC.” (E3);
 “(...) TAC está ocupado.” (E4);
 “(...) às vezes não temos a TAC disponível.” (E5);
 “Às vezes não temos a TAC disponível.” (E7);
 “(...) muitas vezes esta ocupado.” (E9);
 “(...) porque está ocupado.” (E10);
 “Atraso no TAC.” (E12);
 “(...) muitas vezes esta ocupado.” (E13);
 “(...) muitas vezes o TAC está com algum procedimento (...)” (E14);
 “(...) TAC está ocupado.” (E15);
 “(...) ou estarem ocupados (...)” (E16);
 “(...) TAC está ocupado.” (E17).

Envio de exames de
 imagiologia “(...) o envio das imagens para a Neurorradiologia (...)” (M4);
 “(...) o envio das imagens para a Neurorradiologia (...)” (M9).

Relacionados
 com
 Recursos
 humanos
 insuficientes Assistente Operacional “(...) não termos maqueiro.” (M1);
 “(...) não temos assistente operacional (...)” (M4);
 “(...) não temos maqueiro.” (M7);
 “(...) não temos maqueiro.” (M8);
 “(...) não temos assistente operacional/maqueiro.” (M9);
 “(...) não temos assistente operacional.” (M10);

		“(…) não temos auxiliar (…).” (E1);
		“Falta de maqueiro (…).” (E3);
		“(…) não temos maqueiro.” (E4);
		“(…) não termos assistente operacional.” (E5);
		“(…) não temos maqueiro.” (E6);
		“. Não temos maqueiro (…).” (E7);
		“Falta de maqueiro.” (E8);
		“(…) não temos maqueiro (…).” (E10);
		“Falta de maqueiro.” (E11);
		“Falta de maqueiro (…).” (E16).
	Enfermeiro TM	“Na TM ser só um enfermeiro.” (E9); “Apenas um enfermeiro na TM” (E10).
	Afluência à SE	“Às vezes temos mais doentes, a SE tem muita afluência (…).” (E7); “Às vezes temos vários doentes na SE.” (E13).
	Demora na realização de Exame neurológico e/ou NHISS	“(…) demoramos a fazer o exame neurológico.” (M1); “(…) no exame neurológico inicial perdemos muito tempo” (M2); “Muitas vezes também demoramos a realizar o exame neurológico.” (M8); “Demora (...) na realização do exame neurológico.” (M10); “Avaliação médica demorada.” (E1); “A avaliação dos médicos às vezes é muito exaustiva.” (E2); “Exame neurológico exaustivo.” (E8). “Exame neurológico exaustivo da parte medica.” (E9).
	Relacionados com Anamnese	“Às vezes perceber os antecedentes do doente (…).” (M2); “Temos dificuldade (...) em perceber a história.” (E11); “Tentar perceber a história do doente.” (E13).

conhecimento sobre o doente	Tempo de evolução	<i>“Temos dificuldade (...) tempo de evolução.” (E11).</i>
Estabelecer contactos	Equipa Multidisciplinar	<i>“Ter que contactar o médico do DMC.” (E5); “Contacto com os médicos.” (E12).</i>
	Pessoa de referência	<i>“(.) pode dificultar (...) conseguirmos falar com algum familiar.” (M2).</i>
Comunicação com a Neurorradiologia		<i>“(...) e muitas vezes o contacto não é fácil (...).” (M4); “(...) o contacto para a Neurorradiologia as vezes atrasa (...).” (M5); “(...) a resposta da neurorradiologia também atrasa.” (M6); “A resposta da neurorradiologia também atrasa em algumas situações.” (M7); “(...) para a Neurorradiologia e muitas vezes o contacto não é fácil (...).” (M9); “(...) o contacto com o serviço de neurorradiologia não é fácil, às vezes estão oc (...).” (M10); “A neurorradiologia nem sempre está disponível, atrasa a decisão do tratamento” (E15); “A neurorradiologia nem sempre está disponível e atrasa a decisão.” (E17).</i>
Atraso na decisão de trombólise e/ou trombectomia		<i>“(...) às vezes atrasa o tratamento de eleição.” (M5); “(...) atrasa em algumas situações.” (M7); “(...) e atrasamos a decisão e como consequência o tratamento se tiver indicação.” (M10); “Às vezes há atrasos na decisão médica de tratamento.” (E13); “(...) atrasa a decisão de tratamento.” (E15); “(...) atrasa a decisão de tratamento.” (E17).</i>

Área temática	Categoria	Subcategoria	Número de Unidades de Registo
Sugestões de melhoria na VV do AVC	A nível do Exame neurológico e/ou NHISS	Sumário na primeira avaliação	<p><i>“Devíamos fazer um exame neurológico mais completo apenas após a realização de TAC, o que muitas vezes não acontece.” (M1);</i></p> <p><i>“Realizarmos um exame neurológico mais rápido quando o doente entra na sala de emergência (...).” (M2);</i></p> <p><i>“(...) primeiro exame neurológico ser mais sucinto (...).” (M8);</i></p> <p><i>“Exame neurológico ser menos exaustivo.” (E11);</i></p> <p><i>“Enquanto um medico vai com o doente ao TAC, o outro tenta esclarecer a história. Não atrasar ida ao TAC a colher história.” (E13).</i></p>
		Completo após exames imagiológicos	<p><i>“(...) um exame NRL mais completo apenas apos a realização da TAC.” (M1);</i></p> <p><i>“(...) e só depois fazer um exame mais extenso.” (M2);</i></p> <p><i>“(...) e só depois um exame mais exaustivo.” (E11).</i></p>
		Melhoria na comunicação	<p><i>“Tentar que o TAC se realize o mais rápido possível.” (M2);</i></p>

	<p><i>“Os colegas da radiologia deviam ser integrados no protocolo (...)” (M3).</i></p> <p><i>“Tentar implementar um protocolo com serviço de radiologia.” (M6);</i></p> <p><i>“Tentar implementar um protocolo com serviço de radiologia.” (M7);</i></p> <p><i>“Agilizar a realização da TAC.” (M8);</i></p> <p><i>“Melhor articulação com a radiologia.” (E5);</i></p> <p><i>“Melhor articulação com o TAC.” (E7);</i></p> <p><i>“Melhor articulação com a radiologia.” (E8);</i></p> <p><i>“Melhor articulação com a radiologia.” (E11);</i></p> <p><i>“Melhor comunicação com a radiologia.” (E14).</i></p>
Neurorradiologia	<p><i>“Contactos mais diretos para outros hospitais.” (M1).</i></p>
Encaminhamento direto da TM para o serviço de imagiologia	<p><i>“Quando os doentes vêm com a VMER ir diretamente ao TAC.” (M3);</i></p> <p><i>“Ao ser ativada VV do AVC, comunicado ao médico e doente seguir para TAC e só depois se avaliar tudo o resto.” (E1).</i></p>
Providenciar segundo espaço para realização de exames imagiologia	<p><i>“(…) se estiverem ocupados abrir um segundo TAC.” (M4);</i></p> <p><i>“Implementar um limite e se atrasar, abrir segundo TAC.” (M6);</i></p> <p><i>“Se estiverem ocupados, abrir um segundo</i></p>

TAC.” (M7);

“(…) se ocupados abrir um segundo TAC” (M8).

“(…) abrir o segundo TAC.” (M9);

“(…) ou abrir o segundo TAC.” (M10);

“Abrir um segundo TAC, acho que melhorava muito.” (E5);

“(…) segundo TAC.” (E9);

“(…) segundo TAC (…).” (E10);

“Se estiver ocupado, abrir um segundo TAC.” (E11);

“Abrir um segundo TAC, estes doentes não podem esperar muito.” (E13);

“Estar mesmo protocolado se TAC estiver ocupado, abrir o segundo TAC.” (E14);

“Abrir segundo TAC.” (E15);

“Abrir segundo TAC. Ficar mesmo protocolado com o serviço de radiologia.” (E16);

“Abrir segundo TAC.” (E17).

Rácio de “Dois enfermeiros na TM.” (E2);

enfermagem na “Segundo elemento na TM.” (E9);

TM “Segundo elemento na TM.” (E10);

“Segundo elemento na triagem.” (E12).

Aumentar Recursos Rácio de “Auxiliar permanente na TM e SE.” (E3);

Humanos	assistentes operacionais	<p><i>“Termos assistente operacional disponível.” (E5);</i></p> <p><i>“Ter um maqueiro mais disponível.” (E6);</i></p> <p><i>“Maqueiro mais presente.” (E7);</i></p> <p><i>“Maqueiro mais disponível.” (E10);</i></p>
A nível dos Recursos materiais	TAC exclusivo do SU	<p><i>“Termos um TAC dedicado para a urgência.” (M4);</i></p> <p><i>“Termos um TAC para a urgência.” (M9);</i></p> <p><i>“Termos um TAC para a urgência.” (M10);</i></p> <p><i>“(…) um TAC dedicado para a urgência.” (E2);</i></p> <p><i>“(…) ou dedicado para a urgência.” (E9);</i></p> <p><i>“(…) dedicado para a urgência.” (E10);</i></p> <p><i>“TAC dedicado à urgência.” (E15);</i></p> <p><i>“TAC dedicado à urgência.” (E17).</i></p>
	Utilizar cronómetro	<p><i>“Usar mais o relógio quando o doente chega à SE. Contabilizar o tempo, poderá melhorar tempos.” (M6);</i></p> <p><i>“Ligar sempre o cronómetro mal o doente entre na SE.” (E16);</i></p> <p><i>“Ligar sempre o cronómetro na SE (…).” (E17).</i></p>
	Administração de fibrinolítico no	<p><i>“Trombólise no TAC.” (M6).</i></p>

serviço de
imagiologia

APÊNDICE II – *Grelha de Observação dos Profissionais de Saúde no Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral*

	Cumpre	Não cumpre	Não se aplica
Tempo desde a chegada da pessoa até à Triagem de Manchester: <10 minutos			
Cateterização de veia periférica e colheita de sangue para estudo analítico <10 minutos			
Monitorização de sinais vitais (Tensão arterial, frequência cardíaca, saturações periféricas de oxigénio, temperatura e glicémia capilar): <10 minutos			
Tempo de permanência da Pessoa na Sala de Emergência até encaminhamento ao serviço de Radiologia: <10 minutos			
Tempo desde a chegada da pessoa até ao início da fibrinólise: <60 minutos			

APÊNDICE III - O Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência – Guião da Entrevista Enfermeiros

Primeira Parte - Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
Segunda Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Idade <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos <input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos <input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos <input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos <input type="checkbox"/> Superior a 50 anos • Género <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino • Formação académica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidade_____ <input type="checkbox"/> Mestrado_____ <input type="checkbox"/> Doutoramento em _____ <input type="checkbox"/> Outra_____ • Tempo de serviço_____ • Tempo de serviço na urgência _____
Terceira Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos:	Questões orientadoras
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as intervenções dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC 	<ul style="list-style-type: none"> • Quer falar da sua experiência na implementação do protocolo da VV do AVC? • Quer descrever as intervenções que realiza nesta situação? • Quias são as suas prioridades nestas situações?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Identificar os fatores dificultadores dos profissionais de saúde no atendimento da Pessoa pela VV do AVC. | <ul style="list-style-type: none">• Que dificuldades sente na Triage de Manchester relativamente ao atendimento da pessoa com sintomatologia de AVC?• Quais as dificuldades na implementação do protocolo de VV do AVC?• Que barreiras identifica no atendimento da pessoa pela VV do AVC na Sala de Emergência? |
| <ul style="list-style-type: none">• Identificar sugestões de melhoria no atendimento da Pessoa pela VV do AVC. | <ul style="list-style-type: none">• O que considera pertinente para melhorar o atendimento da pessoa pela VV do AVC?• Existem outros aspetos relativos à sua experiência que considere importante abordar? |

Quarta Parte – Fecho da Entrevista

- **Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;**
 - **Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;**
 - **Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.**
-

**APÊNDICE IV - O Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral
no Serviço de Urgência – Guião da Entrevista Médicos**

Primeira Parte - Acolhimento	
Objetivo: Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
Segunda Parte – Caracterização do entrevistado	
Objetivo: Caracterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Idade <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos <input type="checkbox"/> Entre 30 e 35 anos <input type="checkbox"/> Entre 35 e 45 anos <input type="checkbox"/> Entre 45 e 50 anos <input type="checkbox"/> Superior a 50 anos • Género <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino • Formação académica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Especialidade _____ <input type="checkbox"/> Mestrado _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento em _____ <input type="checkbox"/> Outra _____ • Tempo de serviço _____ • Tempo de serviço na urgência _____
Terceira Parte – Objetivos/questões orientadoras	
Objetivos:	Questões orientadoras
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as intervenções dos profissionais de saúde na implementação do protocolo da VV do AVC 	<ul style="list-style-type: none"> • Quer falar da sua experiência na implementação do protocolo da VV do AVC? • Quer descrever as intervenções que realiza nesta situação? • Quias são as suas prioridades nestas situações?
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os fatores dificultadores dos profissionais de saúde no atendimento da Pessoa pela VV do AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as dificuldades na implementação do protocolo de VV do AVC? • Que barreiras identifica no atendimento da pessoa pela VV do

- **Identificar sugestões de melhoria no atendimento da Pessoa pela VV do AVC.**

AVC na Sala de Emergência?

- O que considera pertinente para melhorar o atendimento da pessoa pela VV do AVC?
- Existem outros aspetos relativos à sua experiência que considere importante abordar?

Quarta Parte – Fecho da Entrevista

- **Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;**
 - **Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;**
 - **Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.**
-

APÊNDICE V - Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar e dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “*O Atendimento da Pessoa pela Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço Urgência*”, realizado por Sandra Vilas Boas, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

(Sandra Patrícia da Silva Vilas Boas)

Data ___/___/___