



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Janaína Cristina Celestino Santos**

**Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase hiperaguda: construção de vídeo instrucional**

**Botucatu**  
**2019**

Janaína Cristina Celestino Santos

**Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase  
hiperaguda: construção de material instrucional**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Botucatu  
2019

## Ficha Catalográfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU – UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Santos, Janaína Cristina Celestino.

Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase hiperaguda : construção de vídeo instrucional / Janaína Cristina Celestino Santos. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cassiana Bertoncello Fontes Capes:  
40602001

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Acidente vascular cerebral. 3. Enfermeiros. 4. Capacitação profissional.

Palavras-chave: Núcleo Interno de Regulação; acesso a serviços de saúde; acidente vascular cerebral; enfermeiros.

Janaína Cristina Celestino Santos

**Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase  
hiperaguda: construção de material instrucional**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Comissão Examinadora:

---

Cassiana Bertoncello Fontes  
Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Prof(a). Dr(a) Patrícia Ribeiro Mattar Damiance  
Universidade: FOB/ USP

---

Prof(a). Dr(a) Maria Justina Dalla B. Felipe  
Universidade Galileu Botucatu

Botucatu, 16 de Dezembro de 2019.

Dedico esta dissertação às pessoas que mais me ajudaram nesta jornada, através da compreensão e apoio, meus familiares, meus filhos **João Pedro e Ana Julia**, esposo **Alexandre**, meus pais **Vitor e Cristina**, meus irmãos **Vitor e Leonardo** ao meu padrasto **Danilo** e a minha querida avó Joana que perdi para o AVC. Obrigada por fazerem parte da minha vida e compartilharem mais esta vitória.

## **Agradecimentos**

À Deus primeiramente por sempre me guiar e tornar este desejo uma realidade. A toda minha família que se manteve firme e seguros sendo os meus maiores incentivadores, em especial ao meu Marido Alexandre que suportou todas as minhas ausências cuidando de nossos bens mais preciosos nossos filhos.

A minha orientadora Cassiana Fontes que foi por vezes muito mais que uma professora, sempre me orientando, ouvindo as angústias e dificuldades, com muita paciência e maestria me manteve firme em meus objetivos.

A toda equipe do Núcleo Interno de Regulação (NIR) que contribuíram com suas experiências e me acolheram com todo carinho aguentando os momentos de estresse e ansiedade durante a construção deste trabalho.

Ao enfermeiro Luiz Alberto Souza Moraes pela parceria e palavras de encorajamento em todo o percurso.

As queridas enfermeiras Maria Elizandre Camilo de Oliveira e Ana Paula dos Santos Costa Roberto, pelo apoio, dedicação e amizade nas horas mais difíceis.

A enfermeira Mariele Gobo gerente das unidades de internações, pela colaboração com sua arte, pela paciência e auxílio.

Aos profissionais do Hospital e da FMB que auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.

À todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para execução desta dissertação.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schopenhauer

## Resumo

SANTOS, J. C. C. **Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase hiperaguda:** construção de material instrucional 2019. Dissertação(Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

**Introdução:** O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica com tempo ótimo para intervenção, afim de evitar sequelas e a morte do paciente. Devido ao tempo limítrofe, o acesso ao tratamento deve ser rápido e eficiente, e a responsabilidade da oferta de vaga é das centrais de regulações junto ao Núcleo Interno de Regulação (NIR). A atuação do enfermeiro nas centrais é inovadora e de extrema importância, porém pouco desenvolvida como pesquisa. **Objetivos:** realizar uma revisão integrativa sobre o tema; compreender a experiência dos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação dos casos de AVC em fase hiperaguda; e elaborar um vídeo de natureza instrucional para a capacitação de profissionais dos serviços de saúde. **Métodos:** A revisão integrativa foi elaborada por busca bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais com os descritores em equação booleana; a coleta dos dados qualitativos foi realizada por meio de entrevistas áudio-gravadas com 11 enfermeiros que possuíam vínculo empregatício no local do estudo escalados no Núcleo de regulação de vagas. O referencial metodológico utilizado para analisar os dados foi a Análise de Conteúdo de Bardin, vertente temática. O desenvolvimento do vídeo educativo utilizou a produção de um roteiro de imagens e etapas e a gravação de áudio. Para o desenvolvimento e consecução foram utilizados os seguintes softwares: Pixton; Adobe Photoshop; Camtasia; Powtoon. Os conteúdos inseridos no vídeo basearam-se nas 13 categorias e cinco temas que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas. **Resultados:** Foram identificados nas bases nacionais e internacionais PUBMED; Scopus; Web os Science; Medline; EMBASE; Cinhal e LILACS 187 artigos utilizando uma equação Boleana com descritores Decs, cinco artigos foram identificados que responderam a pergunta norteadora “ Quais são as evidencias científicas disponíveis na literatura relacionadas a protocolos de regulação de vagas no AVC em fase hiperaguda e qual a atuação do enfermeiro”, definiram-se 13 categorias e cinco temas após a análise das 11 entrevistas realizadas. As categorias que emergiram foram: Definição do termo AVC em janela; Tempo de Ictus; Incerteza quanto ao tempo de Janela; Responsabilidade e consciência profissional; Experiência com regulação de vagas; Protocolo Interinstitucional; Identificação dos sintomas; Processo de trabalho no serviço de regulação; Especificidades com as origens; Contato com as especialidades; Sistema de Informação; Qualificação na graduação; Motivação Positiva. Os temas delineados foram: Conhecimento sobre o AVC; Comprometimento do Profissional Enfermagem; Sistematização da Atividade Reguladora de vagas; Experiência Profissional do Enfermeiro; Relacionamento com os serviços externos. A maioria dos enfermeiros reconhece a importância de seu trabalho na Regulação da vaga e identifica falta de preparo dos serviços de origem do paciente ao preencher a ficha de encaminhamento ao serviço de Referência, o que resulta em atraso durante a regulação e perda de janela terapêutica ao paciente. **Considerações Finais:** Portanto, foi elaborado como produto um vídeo educativo com orientações de preenchimento da ficha para capacitação destes profissionais afim de otimizar o tempo de regulação com benefícios ao tratamento do AVC diminuindo sequelas e garantindo o acesso a assistência especializada e restabelecimento de saúde.

**Palavras-chave:** Enfermeiros; acidente vascular cerebral; núcleo interno de regulação.

## Abstract

SANTOS, J. C. C. **Understanding the wave regulation of the hyperacute stroke: construction of instructional material:** Thesis (Master) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

**Introduction:** Cerebrovascular accident is a medical emergency with optimal time for intervention in order to prevent sequelae and the death of the patient. Due to the time limit, access to treatment must be quick and efficient, and the responsibility for vacancy lies with the central regulators. The role of nurses in the centers is innovative and extremely important, but little developed as research. **Objectives:** To conduct an integrative review on the topic; to understand the experience of nurses of the Internal Nucleus of Regulation of cases of stroke in hyperacute phase, and to elaborate an instructional video for the qualification of health service professionals. **Methods:** the integrative review was elaborated by bibliographic search in national and international databases with the descriptors in boolean equation; Qualitative data were collected through audio-recorded interviews with 11 nurses who had employment at the study site assigned to the vacancy regulation center. The methodological framework used to analyze the data was the Bardin Content Analysis, thematic aspect. The development of educational video used the production of a script of images and steps and audio recording. For the development and achievement were used the following software: Pixton; Adobe Photoshop; Camtasia; Powtoon. The contents inserted in the video were based on the 13 categories and five themes that emerged from the content analysis of the interviews. **Results:** We use national and international PUBMED bases; Scopus; Web science; Medline; EMBASE; Cinhal and LILACS 187 articles using a Boolean equation with Decs descriptors, five articles were answered to a question to the guide “What is the scientific evidence available in the literature related to protocols for employment testing in hyperacute stroke and what is the role of the nurse ?13 categories and five themes were defined after analyzing the 11 interviews. The categories that emerged were: Definition of the term stroke in window; Ictus Time; Uncertainty about window time; Responsibility and professional awareness; Experience with job regulation; Interinstitutional Protocol; Identification of symptoms; Work process in the regulatory service; Specifics with origins; Contact with the specialties; Information system; Undergraduate qualification; Positive motivation. The themes outlined were: Knowledge about stroke; Commitment of the Nursing Professional; Systematization of the Regulatory Activity of vacancies; Nurse's Professional Experience; Relationship with external services. Most nurses recognize the importance of their work in the regulation of vacancy and identify lack of preparation of the patient's home services when filling out the referral form to the referral service, which results in delay during regulation and loss of therapeutic window to the patient. **Final considerations:** Therefore, an educational video was prepared with guidelines to fill out the form to qualify these professionals in order to optimize the regulation time with benefits to stroke treatment, reducing sequelae and ensuring access to specialized care and health restoration.

**Keywords:** Nurses; stroke; internal regulation nucleus.

## Lista de ilustrações

<b>Figura 1</b> - Escala de Coma de Glasgow.....	18
<b>Figura 2</b> - Escala de AVC de Cincinatti .....	19
<b>Figura 3</b> - Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale .....	20
<b>Figura 4</b> - Serviços de saúde que compõe a Linha de Cuidado e articulação da proposta de cuidado ao paciente vítima de AVC .....	22
<b>Figura 5</b> - Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo .....	23
<b>Figura 6</b> - Passo a passo da Regulação ficha CROSS .....	24
<b>Quadro 1</b> - Construção da pergunta norteadora através da Estratégia PICO.....	26
<b>Figura 7</b> - Passo a passo para desenvolvimento de avatares.....	31
<b>Figura 8</b> - Tela do powtoon para desenvolvimento do vídeo animado .....	32
<b>Figura 9</b> - Tela do vídeo contendo o avatar das pesquisadoras .....	32
<b>Figura 10</b> - Fluxograma das etapas da pesquisa nas Bases de Dados e os critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados. Botucatu, 2019.....	33
<b>Quadro 2</b> - Descrição dos artigos selecionados segundo o ano de publicação e título; nível de evidência científica/ instrumento de análise; fenômeno estudado; métodos e resultados. Botucatu, 2019.....	35

## Lista de abreviaturas e siglas

<b>AHA:</b>	<i>American Heart Association</i>
<b>ASA:</b>	<i>American Stroke Association</i>
<b>AVC:</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>AVCi:</b>	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
<b>AVCh:</b>	Acidente Vascular Cerebral hemorrágico
<b>CROSS:</b>	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo
<b>NIH:</b>	Health StrokeScale
<b>NIR:</b>	Núcleo Interno de Regulação
<b>ECG:</b>	Escala de Coma de Glasgow
<b>PNHOSP:</b>	Política Nacional de Atenção Hospitalar
<b>PNR:</b>	Política Nacional de Regulação
<b>RAS:</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SAMU:</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SUS:</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCG:</b>	Termo de Compromisso de Gestão

## **Apresentação**

Quando me formei em 2014, comecei a exercer minhas atividades de enfermeira na sala de emergência em um Hospital Terciário de alta complexidade, referência no Estado de São Paulo. Nesta sala de emergência são atendidos pacientes graves de diversas patologias, porém o atendimento que sempre me encantou foi o do paciente acometido pelo Acidente Vascular Cerebral em fase hiperaguda. A forma protocolar e ágil que este paciente precisava ser atendido, a luta dos profissionais contra o tempo que muitas vezes iam além de suas capacidades físicas, porque estes profissionais literalmente corriam para garantir que o paciente tivesse acesso ao tratamento no tempo ótimo de intervenção. A garra e determinação destes profissionais eram compensadas na recuperação dos déficits dos pacientes e o sentimento de dever cumprido ao ver o paciente receber alta com seus familiares e recuperado graças ao trabalho de toda equipe. Esse contexto despertou o desejo de trabalhar com a temática. Ao iniciar as minhas atividades no setor de regulação, eu conheci a realidade dos profissionais que exerciam esse papel de regulador de vaga, percebi os desafios da frase “tempo é cérebro”, e busquei todas as informações necessárias para providenciar o recurso adequado a necessidade de paciente.

Logo depois, assumi a responsabilidade de coordenar esta equipe e pude conhecer um pouco melhor a realidade de toda a região, visitando os serviços de saúde, conversar com os gestores e discutir sobre ações de saúde em reuniões mensais.

Atualmente como líder desta equipe responsável pela regulação da vaga penso em contribuir de forma a agilizar o atendimento dos pacientes com AVC que se encontram em serviços de saúde nas origens e que não possuem o tratamento, e que muitas vezes por alguns fatores burocráticos, não chegam à sala de emergência com menor tempo de janela terapêutica. Além disso, compreender como se configura a experiência do enfermeiro nesse serviço de referência.

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 O acidente vascular cerebral .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Acidente Vascular Hemorrágico .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 Escalas utilizadas no atendimento pré-hospitalar .....</b>	<b>18</b>
<b>1.5 Linha de Cuidados em AVC .....</b>	<b>20</b>
<b>1.6 Justificativa do estudo .....</b>	<b>24</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Método da revisão integrativa de literatura.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Método do estudo qualitativo: delineamento .....</b>	<b>28</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Revisão integrativa .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Pesquisa qualitativa.....</b>	<b>36</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Discussão da Revisão Integrativa.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Discussão da Pesquisa Qualitativa .....</b>	<b>47</b>
<b>6 PRODUTO: VÍDEO EDUCACIONAL.....</b>	<b>56</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo regulação está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras e à satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades. A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para superar desafios que acometem o Sistema Único de Saúde(SUS) desde a sua criação <sup>(1,2)</sup>.

A regulação de vagas de acesso à saúde é uma estratégia de gestão governamental, que realiza a interface das ações de planejamento, de controle e avaliação da disponibilidade de recursos e busca garantir a assistência de forma integral e equânime, seguindo os princípios do SUS, com garantia do direito constitucional dos cidadãos brasileiros de ter disponibilizado pelo Estado o tratamento e acompanhamento adequado para sua situação de saúde <sup>(3)</sup>.

Em 2006, foi criado pelo Ministério da Saúde o Pacto pela Saúde constituído por um conjunto de estratégias institucionais pactuado entre três esferas de gestão. A implantação do Pacto pela Saúde ocorreu pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), sendo atualizado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. O TCG tem como foco principal promover a melhoria dos serviços prestados à população <sup>(2)</sup>.

Com essa nova estratégia houve a inversão dos princípios básicos defendidos pela Reforma Sanitária de 1970 que visava garantir o desempenho do Estado perante a sociedade, de forma democrática e garantia os direitos sociais e de saúde aos menos favorecidos <sup>(3,4)</sup>.

A Política Nacional de Regulação (PNR) foi instituída no ano de 2008, pela portaria GM 1.558/2008, que estabelece as diretrizes para a organização das ações de regulações, em três aspectos: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência <sup>(5)</sup>.

A regulação do acesso à assistência tem como finalidade a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos <sup>(5)</sup>, classificação de risco e demais critérios de priorização sendo definida como uma política de ação ampla <sup>(6,7)</sup>.

No ano de 2010, foi criada a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (CROSS), com a competência e instrumentalização de tecnologias para subsidiar às informações referentes ao gerenciamento e a regulação pré-hospitalar, em tempo real, dos serviços de saúde regionalizados. A CROSS, como instrumento de gestão de vagas, possibilitou a otimização de recursos e resultados em saúde. Em 2016, foi criado o sistema informatizado CROSS. O objetivo principal do Sistema CROSS é atuar de acordo com os

princípios do SUS e descentralização. Este processo de trabalho informatizado e simultâneo é realizado em consonância com os complexos reguladores, presentes nas unidades de saúde responsáveis pela regulação das urgências, consultas, exames e leito hospitalares <sup>(8)</sup>.

Os complexos reguladores são definidos a partir de um conjunto de ações da Regulação, que funciona de modo articulado e integrado abrangendo a área geográfica de cobertura assistencial nacional, estadual, regional e ou municipal. Essa integração permite aos gestores, articular as centrais de internações, consultas e exames <sup>(9)</sup>.

A atividade de monitorar o sistema de saúde foi atribuída a esses complexos reguladores, com a expectativa de gerar melhorias significativas e um observatório privilegiado capaz de gerar ações efetivas e ágeis. À medida que fornece informações importantes à tomada de decisão na gestão, propicia adequação de oferta e demanda, contratualizações e ou ações de educação permanente da rede de atenção à saúde <sup>(9)</sup>.

Nesse sentido, ao longo dos anos, o Ministério da Saúde visa atender às necessidades da população, organizando as centrais de regulação e capacitando os profissionais da área a fim de organizar os serviços <sup>(10)</sup>.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi instituída pela Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017 e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No artigo 6º, inciso IV define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais <sup>(11,12)</sup>.

O NIR tem como finalidades:

- a) desempenhar papel de interface com as Centrais de Regulação;
- b) delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS;
- c) disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos;
- d) buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) <sup>(11)</sup>.

O NIR é composto por uma equipe mínima de médico, enfermeiro, assistente social e oficiais administrativos. No NIR o enfermeiro possui habilidades e competências no gerenciamento saúde e assim conquistou espaço nesta atividade como gestor das ações e do fluxo de oferta e a demanda dos serviços <sup>(12)</sup>.

A atuação do enfermeiro associa conhecimento técnico e de gestão que aponta a melhor resposta do sistema de saúde frente à demanda populacional. Esse processo de trabalho do enfermeiro exige apropriação de “tecnologias leves”; de produção de vínculo; de

acolhimento e gestão; bem como saberes estruturados cientificamente sobre recursos humanos e tecnológicos, normas e estruturas organizacionais <sup>(13)</sup>.

No cenário da urgência e emergência, exige-se do enfermeiro, um dos atores principais, o estabelecimento de bom relacionamento com a equipe local, além de profissionais das diversas especialidades e das outras unidades de saúde. A regulação de vaga deve ser precisa e ser agilizada para otimizar o tempo de espera do paciente. A falta de preparo desse profissional pode retardar o atendimento <sup>(14)</sup>.

O enfermeiro do NIR deve desenvolver uma relação direta, frequente e esclarecedora com as Centrais de Regulação Hospitalar <sup>(13)</sup>. Um dos desafios enfrentados por essas Centrais, municipais e estaduais, é o de obter informações claras e apuradas sobre os pacientes que precisam ser transferidos entre as instituições da rede. Muitas vezes, nem mesmo um censo de leitos da região regulada consegue ser apurado com exatidão e em tempo hábil. O NIR filtra as informações (esclarecendo com o médico-assistente em situações de dúvida quanto a determinados encaminhamentos, repassando uma informação clara para a Central de Regulação), bem como monitorar às solicitações de transferência externa, utilizando seu relacionamento mais próximo à Central de Regulação para sinalizar casos que precisam de resolução com brevidade e devem ser priorizados. Por fim, o NIR deve ainda informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, sempre que possível, para pacientes de outras instituições da Rede. Precisa, ainda, delinear claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões, conforme o perfil assistencial do hospital <sup>(13-15)</sup>.

Dentro das atribuições do NIR estão às atividades junto ao sistema CROSS, está a regulação do acesso à linha de cuidado ao paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) visa garantir o acesso imediato e a continuidade de tratamento de acordo com sua complexidade em serviços de referência e propõe uma redefinição de estratégias que deem conta das necessidades específicas do cuidado ao AVC diante do cenário epidemiológico explicitado, bem como de um contexto sócio demográfico considerável, a exemplo do aumento da expectativa de vida e conseqüentemente do envelhecimento da população, aumentando os fatores de risco e dimensionando mais ainda o seu desafio no SUS. A Linha do Cuidado do AVC foi instituída pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012 sendo parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências <sup>(16)</sup>.

Em estudo recente, realizado no Estado de Santa Catarina, onde foram entrevistados enfermeiros que atuavam com urgência e emergência, observa-se que os mesmos enfrentam dificuldades durante a assistência ao paciente com AVC, identificado que demandam esforços frente à falta de capacitação profissional e a descontinuidade deste processo, assim como a

preocupação com falta de protocolos que facilitem o processo de atendimento minimizando riscos e danos para o paciente <sup>(17)</sup>.

### **1.1 O acidente vascular cerebral**

O AVC é uma síndrome neurológica com grande prevalência em adultos e idosos. Popularmente é chamada de “derrame cerebral” sendo também umas das maiores causas de mortalidade no mundo e uma das principais causas de internações. É uma doença que pode causar sequelas irreversíveis, se não tratada da maneira e no tempo adequado. Sua incidência é maior após os 65 anos, dobrando a cada década após os 55 anos de idade <sup>(18)</sup>. Refere-se a um rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais com a apresentação de sintomas iguais ou superiores há 24 horas, conseqüentemente provocando alterações nos planos cognitivos e sensório-motores <sup>(19)</sup>.

Pode ser definido por uma incapacitação súbita da circulação sanguínea causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos cerebrais. Quando as células do cérebro são desprovidas de oxigênio por um determinado tempo, ocorre a destruição da célula e morte do tecido cerebral (infarto cerebral) ocasionando déficits neurológicos e uma ameaça abrupta às funções do encéfalo ao longo do tempo. Como cada área do cérebro é responsável por coordenar uma determinada função do organismo, os sintomas e sequelas provocadas pelo AVC são variáveis. Vai desde alterações motoras evidentes (perda de movimentação de um membro, por exemplo) até alterações cognitivas, de memória, visão, audição muito discretas que podem passar despercebidas até mesmo pelo paciente. No entanto, os sintomas se instalam sempre abruptamente, podendo regredir ou mesmo desaparecer depois de algum tempo <sup>(20)</sup>.

O paciente com AVC pode apresentar os sintomas: dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, especialmente num lado do corpo; confusão ou alteração do estado mental; dificuldade em falar ou compreender a fala; distúrbios visuais; dificuldade em deambular; vertigem ou perda do equilíbrio; cefaleia súbita. Acresce ainda os sintomas de disfagia e disfunção intestinal e da bexiga, estes sintomas podem diminuir completamente, parcialmente, ou ser tolerados, dependendo da quantidade de lesão cerebral que ocorreu. Por sua vez, o restabelecimento pode levar de dias a meses e necessitar de reabilitação extensiva <sup>(21-23)</sup>.

Cada paciente pode apresentar um quadro clínico diferenciado, porém, é importante levar em consideração o momento de início dos primeiros sintomas e a rapidez com que evoluíram e, a partir daí identificar o tipo, localização e extensão da lesão de forma a determinar um tratamento específico <sup>(24)</sup>.

Nos Estados Unidos da América, por volta de 500 mil pessoas apresentam um AVC novo ou recorrente a cada ano. Destas, 150 acabam evoluindo ao óbito <sup>(21,22)</sup>.

A incidência dobra a cada década, ocupando posição de destaque entre a população idosa. A prevalência de AVC no Brasil é de 5-8 casos por 1000 habitantes acima de 25 anos de idade, sendo que 10% a 20% dos indivíduos têm idade inferior a 45 anos. Suas consequências podem ser de alto impacto, e gera grandes demandas de recurso para diagnóstico, tratamento e reabilitação <sup>(25,26)</sup>.

Os principais fatores de risco do AVC dividem-se em três grupos, sendo eles modificáveis (HAS, tabagismo, diabetes mellitus), não modificáveis (Idade, gênero, raça) e grupo de risco potencial tais como sedentarismo, obesidade e alcoolismo <sup>(25)</sup>.

O diagnóstico do tipo de AVC baseia-se na apresentação de sinais, de sintomas e nos resultados de uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética mostrando o tamanho e a localização da área isquêmica. A ultrassonografia Doppler transcraniana pode determinar presença ou não de fluxo em determinados vasos, podendo localizar a área obstruída <sup>(27,28)</sup>.

Com o exame adequado pode-se classificar o acidente vascular cerebral de acordo com seu mecanismo fisiopatológico: Hemorrágico ou Isquêmico <sup>(28)</sup>.

## **1.2 Acidente Vascular Hemorrágico**

O Acidente Vascular Hemorrágico (AVCh) perfaz 20% dos casos de AVC, sendo caracterizado por uma ruptura do vaso sanguíneo na região encefálica, que gera a formação de um hematoma, com uma conseqüente inflamação. Pode se manifestar como hemorragia intracerebral (intraparenquimatosa) ou hemorragia sub aracnoide. A hemorragia intracerebral é a principal forma de AVC hemorrágico e usualmente está associada à hipertensão arterial, traumas e malformações vasculares <sup>(29)</sup>.

O tratamento do AVCh envolve o manejo ideal da pressão arterial para conter a expansão do hematoma. Alguns casos com hemorragia podem ser tratados cirurgicamente. Entretanto, na maioria das vezes, a área afetada é de difícil acesso. Ainda são necessários mais estudos para investigar a vantagem do tratamento cirúrgico sobre o tratamento clínico <sup>(30)</sup>.

### 1.3 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) corresponde a 80% dos casos, sendo caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro por um coágulo (trombo), o que leva a uma região de neurônios mortos e outra em que há interrupção de atividade elétrica - área de penumbra isquêmica - mas sem que haja morte neuronal.

No tratamento do AVC existe uma “janela terapêutica”, ou seja, um momento ótimo para intervir nos processos patológicos desencadeados pela isquemia cerebral visando minimizar o dano ao sistema nervoso central. Este tempo, na maioria das vezes, tem uma duração de poucas horas, o que determina a necessidade de rapidez no atendimento às pessoas que apresentam um AVC agudo <sup>(31,32,33)</sup>.

Este tempo é para que o paciente seja avaliado para a possibilidade de trombólise endovenosa, e é estipulado dentro de 4, 5 horas do início dos sintomas. Quanto mais rápida é feita a transferência, melhor é o prognóstico do paciente. Além disso, atualmente alguns centros de referência já contam com suporte para trombectomia mecânica em pacientes com oclusão proximal de vasos com tempo de seis horas do início dos sintomas. Essa prorrogação do tempo da janela terapêutica, não deve postergar a transferência, pois para esta terapia segue a regra “tempo é cérebro”. Além da terapia de reperfusão, a internação serve para estabilização do quadro, manejo de complicações e investigação etiológica <sup>(34,35)</sup>.

A eficiência do tratamento do paciente com AVC agudo depende diretamente do conhecimento dos seus sinais e sintoma chamado de ICTUS, da rapidez dos serviços de emergência, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar e das equipes clínicas, que deverão estar conscientizadas quanto à necessidade da agilidade na identificação e tratamento desses pacientes, do transporte imediato para o hospital indicado e de unidades de tratamento do AVC. No ano de 2015, a *American Heart Association* e a *American Stroke Association* (AHA/ASA) lançaram uma nota com uma atualização das diretrizes de 2013 para o tratamento precoce de pacientes com AVC isquêmico agudo. Entre outras coisas, as diretrizes baseadas em evidências abordam que pacientes elegíveis para terapia endovascular (trombólise venosa) podem ser submetidos a um *stent retriever* (trombectomia mecânica) dentro do intervalo de seis horas após o início do AVC, com apontamentos de estudos que indicam um período de até vinte quatro horas, este último ainda em fase experimental <sup>(36,37)</sup>.

Nos casos em que o paciente chega ao hospital após esse intervalo de tempo, as chances de reverter o quadro e o paciente não ter sequelas diminui, sendo feito um monitoramento na unidade vascular. Mesmo dentro do prazo de quatro horas e meia para

trombólise venosa, alguns casos, dependendo do tamanho do vaso obstruído, podem já ter uma área comprometida incompatível com a aplicação da medicação, reforçando a necessidade da avaliação por neuro imagem <sup>(38)</sup>.

A agilidade e adequado reconhecimento inicial do paciente com AVC é extremamente importante, pois será determinante para que ele chegue no hospital dentro desta janela terapêutica <sup>(38)</sup>.

#### 1.4 Escalas utilizadas no atendimento pré-hospitalar

##### A) Escala de Glasgow

Na avaliação clínica inicial e sequencial é necessário também o uso de um método de monitorização do nível de consciência e do déficit neurológico. Recomenda-se para este fim a aplicação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) (Figura 1), onde é avaliada a melhor resposta para abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. São consideradas as três respostas separadamente, assim como a sua soma.

**Figura 1** - Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
Comando	Resposta	Pontuação
Abertura Ocular	Nenhuma	1
	À dor	2
	Ao comando verbal	3
	Espontânea	4
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	1
	Extensão (descerebração)	2
	Flexão (decorticação)	3
	Retirada (flexão inespecífica)	4
	Localiza a dor	5
	Obedece a comandos	6
Melhor Resposta Verbal	Nenhuma	1
	Sons incompreensíveis	2
	Palavras inapropriadas	3
	Confuso	4
Total	Pontuação	3 a 15

Fonte: Brasil, 2013.

## B) Escala de Cincinatti

A escala pré-hospitalar de acidentes vasculares de Cincinatti (Figura 2) é uma escala de avaliação médica utilizada para diagnosticar a presença de um Acidente Vascular Encefálico (AVE). A taxa de acerto da Cincinatti é de 72%. Composta por três comandos, é sinal indicativo de AVE, se uma das assertivas for positiva:

- Primeiro comando: falar para o paciente sorrir, mostrando os dentes. Resposta inadequada assimetria facial;
- Segundo comando: falar para o paciente levantar os braços para frente por 10 segundos. Resposta inadequada queda de um dos braços evidenciando fraqueza muscular;
- Terceiro comando: falar para o paciente falar uma frase simples. Resposta inadequada: dificuldade ou incapacidade de falar.

**Figura 2** - Escala de AVC de Cincinatti



Fonte: Brasil, 2013.

## C) Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)

A Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale pode ser mais bem observada na Figura 3.

**Figura 3** - Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale

### ESCALA DE AVC DO NIH

**(National Institute of Health Stroke Scale)**

Escala mais utilizada para avaliação da gravidade e para acompanhamento da evolução clínica do AVC.

Enfatiza os mais importantes tópicos do exame neurológico e tem como objetivo uniformizar a linguagem dos profissionais de saúde e tem sido relacionada com gravidade, definição de tratamento e prognóstico.

Varia de 0 a 42 pontos.

Deve ser aplicada na admissão do paciente e a cada hora nas primeiras 6 horas, a cada 6 horas nas primeiras 18 horas.

- 1A - Nivel de Conciência
- 1B - NOC: Perguntas
- 1C - NOC: Comandos
- 2 - Melhor olhar Conjugado
- 3 - Campos Visuais
- 4 - Paralisia Facial
- 5 - Motor braço D
- 6 - Motor braço E
- 7 - Motor Perna D
- 8 - Motor Perna E
- 9 - Ataxia de Membros
- 10 - Sensibilidade
- 11 - Linguagem
- 12 - Disartria
- 13 - Negligência / inatenção

Fonte: Brasil, 2013.

Um sistema de emergência integrado, com equipe para AVC, protocolos de cuidados escritos, unidade para AVC, suporte administrativo, liderança e educação continuada são elementos importantes para um Centro de Atendimento ao AVC que propiciam diagnóstico e terapêutica apropriados e redução de complicações pós-AVC. Em 2012 o Ministério da Saúde atento a crescente demanda de se instituir um cuidado integral ao paciente acometido por AVC, instituiu os critérios para centros de Atendimento de Urgência em AVC, e em 2012 aprova a linha de Cuidados em AVC <sup>(38,39)</sup>.

### **1.5 Linha de Cuidados em AVC**

A Linha de Cuidados em AVC foi instituída pela Portaria Ministério da Saúde /GM nº 665, de 12 de abril de 2012, e integrou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Caracteriza-se por uma redefinição da estratégia de cuidado ao paciente com AVC e propôs uma nova organização da assistência desse paciente, com intuito de atender as necessidades específicas, bem como de um contexto sociodemográfico considerável. O aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população, aumentam os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e constitui-se um grande desafio para o SUS <sup>(41)</sup>.

Destacam-se nessa Portaria que são necessárias articulações em e de todos os níveis

de assistência: Rede Básica, SAMU-192, Unidades de Urgência e Emergência, Unidades Hospitalares de Referência para atendimento de AVC, Reabilitação Ambulatorial e hospitalar, ambulatório especializado para egressos, leitos de retaguarda para cuidados hospitalares crônicos complexos, programas de atenção domiciliar e reintegração social <sup>(41)</sup>.

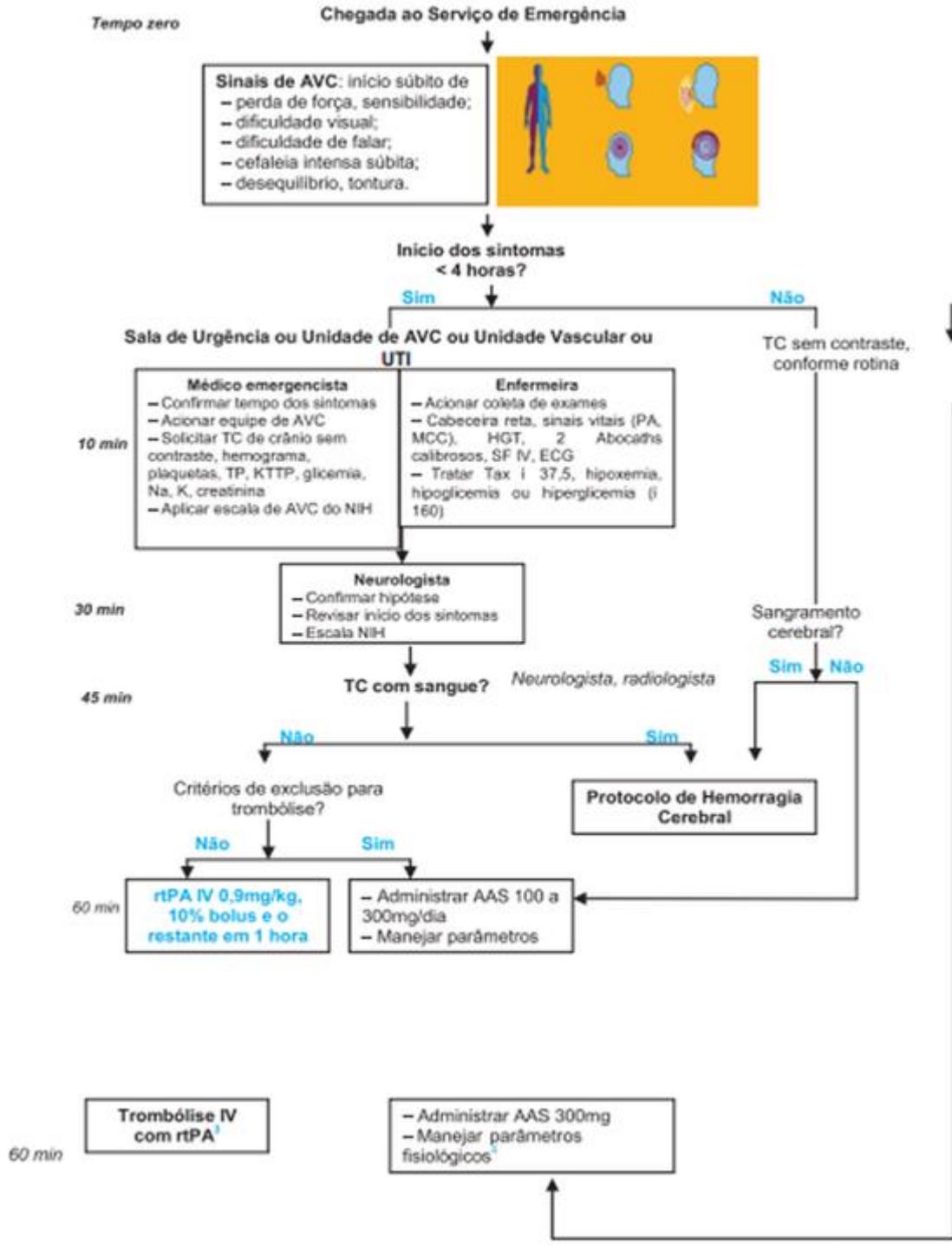
Nesse contexto, quando a hipótese diagnóstica de AVC é considerada a um paciente que está em um serviço de saúde, denominado como serviço de origem, e este serviço não possui estrutura de tratamento ou o recurso para confirmação do diagnóstico, se faz necessário a transferência para um Centro de Referência. Centro de referências são os serviços de saúde mais próximos de onde o paciente está localizado, que possuem o recurso ou especialidade solicitada <sup>(38,39)</sup>.

Assim proporciona-se cuidado integrado e continuado e promoção da transferência do paciente entre a origem e referência, constituindo-se de fundamental relevância no fluxo da linha de cuidado.

A Figura 4 demonstra o fluxograma da Linha de Cuidado ao paciente com hipótese diagnóstica de AVC.



**Figura 5 - Fluxograma de Atendimento do Acidente Vascular Cerebral Agudo**



Fonte: Brasil, 2013.

O processo de receber a solicitação da origem e encaminhar a outros serviços é realizado pelas Centrais de Regulação de Vaga em articulação com o Núcleo Interno de Regulação(NIR)dos serviços de referência, através do preenchimento de uma ficha de regulação disponibilizada no sistema Informatizado da Central de Regulação de Ofertas de

Serviços de Saúde (CROSS) (Figura 6).

**Figura 6** - Passo a passo da Regulação ficha CROSS



- Preenche ficha online com dados e história do paciente, solicitando um recurso.
- Avalia a solicitação; Encaminha a ficha solicitante; para todos os serviços que possuem o recurso no cadastro.
- Checa se o hospital é referência para o serviço; Checa disponibilidade de vagas; Regula com especialidade que nega ou aceita o caso; Libera a transferência do paciente

Fonte: Elaborado pela autora.

### 1.6 Justificativa do estudo

A Central de Regulação tem papel crucial para redução da mortalidade em casos de AVC. Tratado como emergência médica, o AVC tem que ter assistência agilizada e objetiva. Qualquer tempo perdido nesse processo de regulação implica em perda da “janela terapêutica” minimizando as chances de reversão e aumento do risco para o paciente <sup>(40)</sup>.

Como estratégia inovadora e recente, é também o atual campo de atuação e prática do enfermeiro na regulação de vagas do AVC. Dessa maneira o tema é carente de exploração no campo da pesquisa de enfermagem, com escassos estudos publicados no contexto brasileiro e do SUS.

Dessa maneira devem ser exploradas e estimuladas a realização de estudos primários e secundários, tanto em forma de desenho quantitativo como qualitativo.

O presente estudo de mestrado profissional tem a finalidade de compreender a percepção dos enfermeiros sobre o seu papel nesse processo de trabalho, e justifica-se nessa área, e propôs como produto final, um vídeo educacional. O vídeo foi construído a partir dos temas que emergiram da análise qualitativa, destinados para a qualificação e educação do enfermeiro que realiza a regulação de vagas para o AVC nas origens e nas referências.

Acredita-se que a análise da percepção dos enfermeiros que fazem a regulação de vagas corrobora na identificação, qualificação e treinamento deles mesmos e da equipe multiprofissional. O impacto desse conhecimento reflete na agilidade da assistência, otimiza a perda do tempo da “janela terapêutica”, sistematiza e proporciona eficiência.

## 2 OBJETIVOS

- ❖ Realizar Revisão Integrativa (RI) para identificar o Estado da arte do tema em Estudo;
- ❖ Compreender a experiência dos enfermeiros do N IR na regulação dos casos;
- ❖ Elaborar um vídeo de natureza instrucional para a capacitação de profissionais dos serviços de saúde.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Método da revisão integrativa

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória, com delineamento bibliográfico e qualitativo. A presente revisão integrativa foi realizada para identificar o estado da arte do tema em estudo; é um método rigoroso que sintetiza os resultados de forma abrangente e sistemática, de estudos com desenhos de pesquisa em todos os níveis de evidência científica. Permite identificar evidências e analisar metodologicamente e agregar conteúdos <sup>(41)</sup>.

A revisão integrativa foi realizada em cinco etapas, descritas a seguir:

##### 1º etapa - Identificação do tema e formulação da pergunta norteadora:

Esta fase é considerada de extrema importância, pois é o início da revisão, o pesquisador determina a problemática e qual será a hipótese do estudo. Através deste levantamento se definem os descritores para busca e assim podem-se incluir os estudos.

A pergunta norteadora foi construída por meio da estratégia Problema, Intervenção, Controle ou comparação e *Outcomes* (desfecho) conhecida pela palavra abreviada de PICO <sup>42</sup>, que orienta a construção da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica e permite que o pesquisador, ao ter uma dúvida ou questionamento, localize de modo acurado e rápido, a melhor informação científica disponível <sup>(42)</sup>.

#### Quadro 1 - Construção da pergunta norteadora através da Estratégia PICO

<b>P</b> (Paciente ou problema)	Falta de protocolo de atividades de regulação para enfermeiros dos casos de AVC em fase hiperaguda.
<b>I</b> (Intervenção)	A construção de protocolo.
<b>C</b> (Controle ou comparação)	A comparação será realizada entre os protocolos existentes e o tempo de regulação dos pacientes.
<b>O</b> (Desfechos ou “ <i>Outcomes</i> ”)	Protocolo organizado e eficaz, elaborado a partir das experiências dos enfermeiros nesta atividade.

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a utilização da estratégia PICO, a pergunta elaborada foi:

“Quais são as evidências científicas disponíveis na literatura relacionadas a

protocolos de regulação de vagas no AVC em fase hiperaguda e qual é a atuação do enfermeiro?”

### **2º Etapa - Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos artigos:**

Nesta etapa, foi realizada a busca nas bases de dados Publicações Médicas (PUBMED); SCOPUS; Web of Science; Medline; EMBASE; CINHAL. Os critérios de inclusão dos artigos foram: publicados nos idiomas inglês, português e espanhol; que responderam à pergunta norteadora; publicados no período de 2000 a 2019, devido poucos estudos nesta temática nos últimos 10 anos; textos na íntegra e com acesso livre de custos e disponíveis eletronicamente.

Os critérios de exclusão dos artigos foram aqueles que não abordavam o AVC em fase aguda; que abordavam AVC hemorrágico, e aqueles que não responderam à pergunta norteadora.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para busca nas bases de dados nacionais e internacionais, em combinações possíveis utilizando-se os conectores booleanos “AND” e “OR”.

❖ “Enfermeiras e Enfermeiros”, “Enfermeira”, Enfermeira e Enfermeiro “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Acessibilidade aos Serviços de Saúde”, “Acessibilidade aos Serviços de Saúde”, “Acidente Vascular Cerebral”, “Derrame Cerebral”, “Ictus Cerebral”, “Apoplexia”, “Acidente Cerebrovascular”, “Apoplexia Cerebral”, “Comunicação de Internação Hospitalar”, “Internação Hospitalar”.

❖ “Nurses”, “Nursing”, “Enfermería”, “Health Services Accessibility”, “Accesibilidad a los Servicios de Salud”, “StrokeAccidente Cerebrovascular”, “Hospitalization”, “Hospitalización”.

Os artigos que se repetiram em mais de uma base de dados foram excluídos de uma delas.

### **3º etapa - Busca na literatura, avaliação dos estudos incluídos:**

Durante a análise dos artigos identificou-se e foram definidos os dados que seriam extraídos e sintetizados em um instrumento. Após a seleção, os dados foram utilizados para a apresentação dos resultados e da discussão dessa revisão, como: objetivos, metodologia, resultados e as principais conclusões de cada estudo analisado e incluso.

#### **4º etapa - Interpretação dos resultados da Revisão Integrativa:**

Foi realizada uma análise crítica dos estudos selecionados, para identificar as evidências apresentadas. Realizou-se a leitura de maneira detalhada, em busca de explicações para resultados diferentes ou com conflitos nos diferentes estudos. Para a seleção dos artigos, foram verificados e retirados os que repetiam nas bases de dados, e considerados uma vez. Após realizou-se leitura criteriosa dos títulos e dos resumos e, excluídos aqueles que não respondiam à pergunta norteadora e não estavam disponíveis na íntegra gratuitamente. Foram selecionados os artigos que responderam à pergunta de revisão.

#### **5º etapa - Apresentação da síntese do conhecimento:**

A síntese do conhecimento foi apresentada em forma de quadro de acordo com as características de cada artigo incluído: autor; título; ano; tipo de estudo; achados da pesquisa. As respostas à pergunta norteadora foram sintetizadas.

### **3.2 Método do estudo qualitativo: delineamento**

Esta fase do presente estudo tratou-se de uma abordagem qualitativa para compreender a temática: “A experiência dos enfermeiros na regulação do AVC em fase hiperaguda”.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica dos achados, mas sim aos aspectos da realidade de um grupo social ou entidade que não podem ser quantificados. Este delineamento explica e compreende a dinâmica das relações sociais do grupo e descreve o universo de emoções e seus significados, com os motivos, as aspirações, os anseios, as crenças e os valores de diferentes atores sociais <sup>(43)</sup>.

“Nos estudos qualitativos, o pesquisador coleta principalmente dados qualitativos, que são declarações narrativas. A informação narrativa pode ser obtida através de conversas com participantes em um cenário natural ou obtendo-se registros narrativos” <sup>(44)</sup>.

Desta maneira, investigou-se o processo de trabalho de enfermeiros que atuam na regulação de vagas do AVC em fase hiperaguda está contextualizado em uma instituição hospitalar de referência do Estado de São Paulo.

#### **Procedimentos Éticos**

O presente estudo foi aprovado com o Parecer n 2.705.738 do Comitê de Ética em Pesquisa local e CAEE 90150518.1.0000.5411. Foi garantido a privacidade das informações

coletadas após o consentimento dos entrevistados através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Esclareceu-se ao participante caso, optasse por desistir do estudo, que poderia fazê-lo durante qualquer momento do mesmo, sendo apenas necessário que avisasse ao pesquisador sem qualquer prejuízo. Os participantes foram também informados sobre a finalidade do trabalho e assegurado sigilo absoluto sobre suas identidades.

### **Cenário do estudo**

O cenário do estudo foi um hospital de atenção terciária/ quartenária, público e autárquico localizado em uma cidade do interior Estado de São Paulo. Possui abrangência populacional de atendimento à aproximadamente dois milhões de pessoas circunscritos na Departamento Regional de Saúde (DRS VI) Bauru e compreende 68 municípios <sup>(45)</sup>.

Neste cenário, o NIR é a Instância Administrativa responsável pela interface com a Central de Regulação do Estado e a liberação de vagas. Este serviço funciona 24h, é composto por uma equipe de 15 enfermeiros, um médico regulador e três técnicos administrativos conforme determina a Portaria do Ministério Público Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 <sup>(46)</sup>.

O NIR atualmente possui nove frentes de trabalho. A frente de trabalho denominada Regulação Externa atua diretamente com o Sistema CROSS.

Os enfermeiros que atuam na Regulação Externa são direcionados através de escalas de enfermagem, elaborada pela coordenadora do NIR. Em 24 horas, 7 dias por semana. Esta frente de trabalho é composta por 2 enfermeiros durante o período diurno e 1 no período noturno, estes profissionais atuam realizando a interface entre o sistema CROSS e os médicos das especialidades solicitadas ou preconizadas pelo hospital de referência, o aceite ou negativa do caso, fica sob responsabilidade médica. As cidades chamadas de origens que necessitam de uma vaga para recursos não disponíveis em seus serviços de saúde como internação de alta complexidade, exames especializados ou avaliação de um especialista, realizam esta solicitação através do sistema eletrônico CROSS e envia as solicitações a várias unidades de referência. O enfermeiro do NIR que está escalado na frente de trabalho regulação externa é responsável por receber esta solicitação via sistema CROSS (internet) através de uma ficha de regulação, contendo um resumo clínico do paciente, exames realizados, hipótese diagnóstica e o recurso solicitado, após uma breve avaliação e coleta de maiores informações, encaminha a ficha ao médico responsável pelo recurso e após avaliação da especialidade retorna com a conduta, aceite ou negativa do caso para as origens. A relação da quantidade de enfermeiros do setor foi fornecida pela pesquisadora através da escala mensal. É inovador que esta atividade seja

realizada por enfermeiros assim o cenário deste estudo é considerado referencia no ano de 2018 pelo Tribunal de contas do estado de São Paulo para a região.

### **Participantes do estudo**

Participaram desta pesquisa enfermeiros do NIR, que atenderam aos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: atuar ou já ter atuado como enfermeiro no NIR independente da frente de trabalho e do tipo de contratação, por prazo determinado e ou indeterminado, do tipo de vínculo empregatício legal. O enfermeiro após concordar em participar, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram excluídos os profissionais que estavam em férias; licenças médica e de maternidade e a pesquisadora.

### **Procedimentos de coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada pela docente orientadora do estudo, no período de setembro a novembro de 2018, através de entrevistas individuais, previamente agendadas e áudio gravadas com duração de aproximadamente 40 minutos. De posse de uma listagem com os nomes e telefones dos enfermeiros do NIR, foram realizados contatos com os enfermeiros. Explicava-se a finalidade do estudo e o convite para participação. Para aqueles que aceitassem conversar, foram agendados horário e definia-se o local de acordo com a frente de trabalho, em sala privativa e a disponibilidade, para não haver prejuízo no processo de trabalho. Após o aceite a assinatura TCLE procedeu-se às entrevistas.

As entrevistas individuais foram gravadas pelo recurso de gravação do celular pessoal da orientadora. A finalidade das perguntas norteadoras foram abordar a experiência do enfermeiro durante a regulação da vaga do paciente com AVC em fase hiperaguda, a qualificação dos mesmos em relação a esta atividade específica e a percepção do papel do enfermeiro neste cuidado.

O instrumento da coleta de dados (APÊNDICE B) foi composto por duas partes: a primeira parte continha: sexo, idade, tempo de formação, local de graduação e tempo de trabalho na área de regulação de vagas. A segunda parte possuía duas questões abertas e norteadoras da entrevista:

- ❖ O que você compreende por AVC em janela?
- ❖ Como você experiência, como enfermeiro, o processo de regulação do AVC em janela?

### Procedimentos de análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e digitadas em programa WORD/WINDOWS, versão Microsoft Office 2008 pela equipe de pesquisa.

As narrativas das entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo<sup>(47)</sup>, vertente temática. Este tipo de método <sup>(47)</sup> consiste em um conjunto de técnicas de análise do material que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo composto por três etapas:

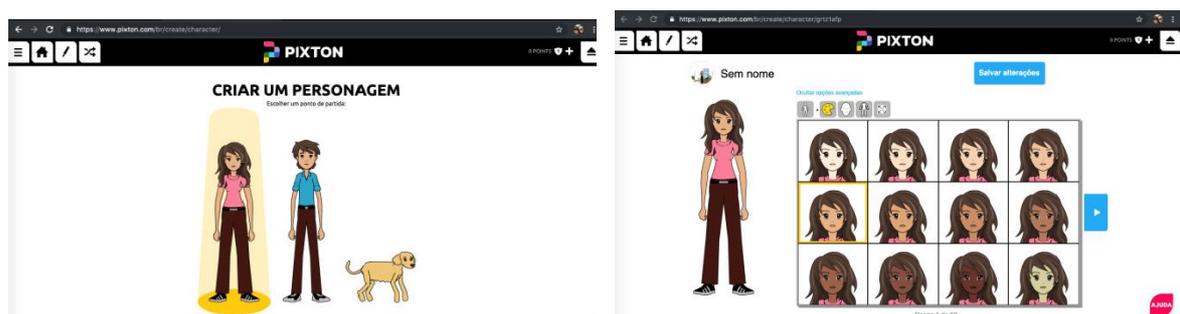
- ❖ Pré-análise: leitura do material, levantamento de hipóteses, objetivos e formação dos indicadores que deem fundamento a interpretação;
- ❖ Exploração do material: os dados serão codificados a partir das unidades registradas;
- ❖ Tratamento dos resultados e interpretação do material: os dados são divididos por categorias e é realizada a classificação dos elementos segundo suas características em comum e por suas diferenciações e, em seguida, a realização de um novo reagrupamento destas categorias. Ressalta-se que os participantes da pesquisa foram identificados com nomes de flores, para preservar seu anonimato, e foram: Lírio, Craveiro, Rosa, Gérbera, Tulipa, Orquídea, Girassol, Jade, Hortência, Margarida e Petúnia.

### Método da elaboração do Produto

O desenvolvimento do vídeo educativo iniciou-se com a produção de um roteiro de imagens e etapas e a gravação de áudio. Para o desenvolvimento e consecução foram utilizados os seguintes softwares: Pixton, Adobe Photoshop, Camtasia e Powtoon.

Software Pixton: disponível de forma online em <http://www.pixton.com>. É um software para desenvolvimento de histórias em quadrinhos e avatares e foi utilizado para a criação dos avatares a partir da análise de diferentes fotos das pesquisadoras comparando-as com as etapas disponíveis no software. Após foram inseridos no vídeo (Figura 7).

**Figura 7** - Passo a passo para desenvolvimento de avatares



Adobe Photoshop: é um software para tratamento de imagem que possibilita o desenvolvimento de gifs animados. Após finalizar os avatares estes foram inseridos no software Adobe Photoshop para animação e movimentação em formato de vídeo animado.

Camtasia: com este software foi possível fazer a gravação do áudio a ser inserido no vídeo animado.

Powtoon: O powtoon possibilita o desenvolvimento de vídeos animados de forma online em <http://www.powtoon.com>. Os gifs foram inseridos no software Powtoon, bem como os textos, imagens e áudio (Figuras 8 e 9).

**Figura 8** - Tela do powtoon para desenvolvimento do vídeo animado



**Figura 9** - Tela do vídeo contendo o avatar das pesquisadoras

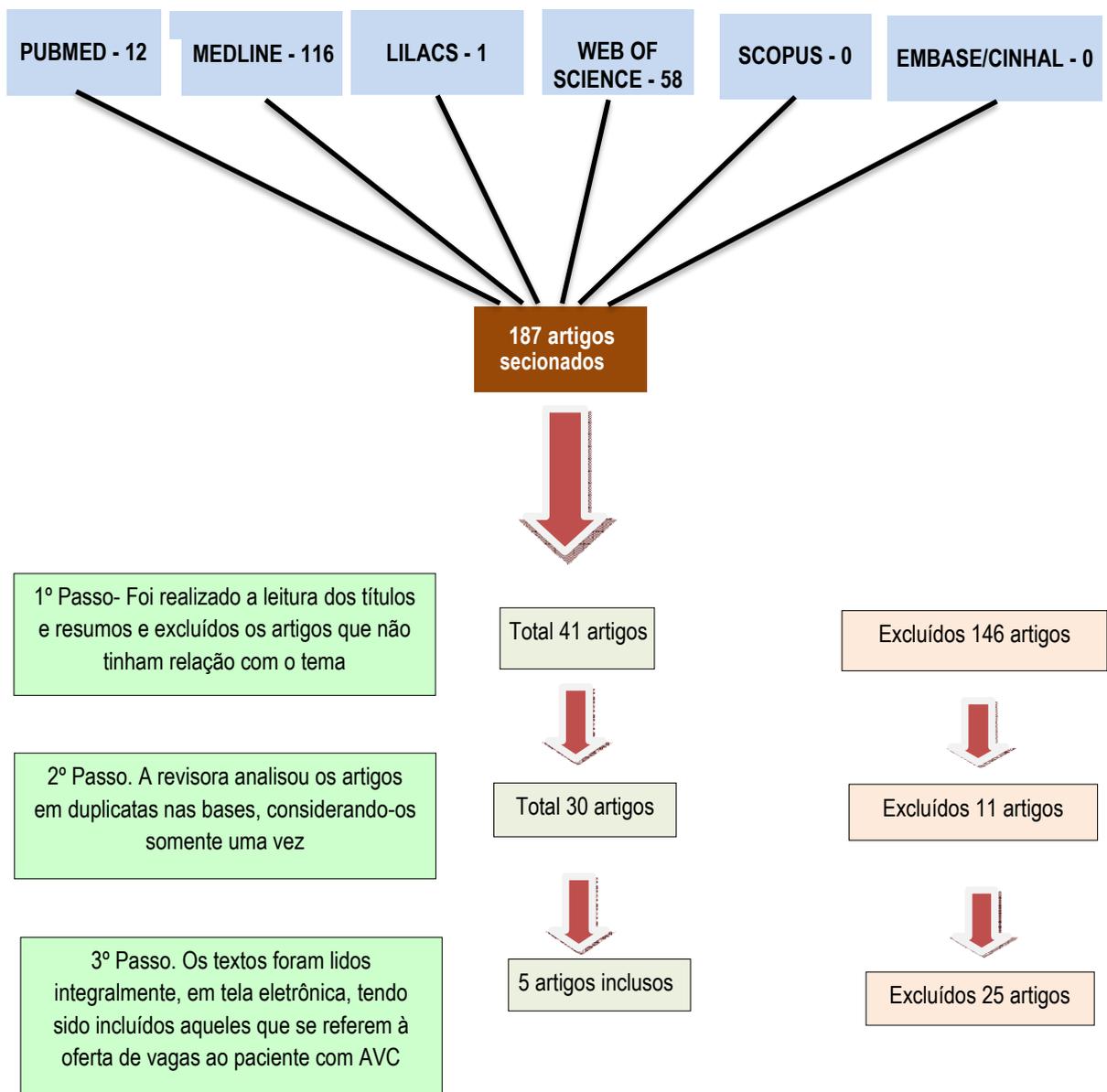


## 4 RESULTADOS

### 4.1 Revisão integrativa

Foram encontrados 187 artigos, nas bases de dados Web of Science, PUBMED, Medline, SCOPUS e Lilacs, conforme a Figura 10.

**Figura 10** - Fluxograma com as etapas da busca em Bases de Dados e os critérios de inclusão e exclusão. Botucatu-SP, Brasil. 2019



A interpretação dos resultados foi realizada primeiramente com a leitura dos títulos e resumos, aplicando-se os critérios de inclusão. Foram excluídos 146 artigos por não representarem o tema do estudo e 11 artigos encontravam-se duplicados nas bases, e considerou-se apenas uma vez. Foram selecionados 30 artigos e submetidos à leitura detalhada e 25 foram excluídos por não apresentarem nos resultados e discussão contribuição ao presente estudo. Na amostra final foram incluídos cinco artigos, como mostra a Figura 10.

A apresentação da síntese do conhecimento constitui-se pelo agrupamento das informações obtidas com a leitura dos artigos inclusos, que foram utilizadas na discussão de acordo com a contribuição dos autores e relevâncias para responder a pergunta desta revisão.

Os conteúdos relevantes referiram-se às abordagens temáticas: Vias de acesso do paciente com AVC aos serviços de saúde de alta complexidade; benefícios do atendimento ágil do AVC em fase hiperaguda; atividade de enfermeiros em regulações de acesso a saúde; encaminhamento da vítima ao hospital de alta complexidade; protocolos de regulação de urgência e emergência direcionado a enfermeiros; experiência de enfermeiros no papel de regulador dos casos de urgência e emergência.

A amostra final foi constituída por três artigos no idioma inglês e dois no idioma português. Com relação ao país de origem, três são provenientes dos Estados Unidos, um da Dinamarca, Austrália e um do Brasil.

Das titulações dos autores, destaca-se a categoria de Departamento de Emergências Médicas, seguido do Departamento de Cuidados Críticos, Instituto Vascular e do Coração, Departamento de Anestesia, Departamento de Farmacologia, Departamento de Medicina e Departamento de Neurologia.

Quanto à metodologia adotada, destacam-se os estudos qualitativos e descritivo analítico.

No Quadro 2 a seguir, verificam-se os artigos selecionados para este estudo, apresentando a síntese dos seus conteúdos e características segundo o ano e referência, validação do tipo de conteúdo, fenômeno estudado, método e resultado.

**Quadro 2** - Descrição dos artigos selecionados segundo: o ano de publicação; número da referência; nível de evidência científica e instrumento de análise, fenômeno estudado: métodos e resultados. Botucatu-SP, Brasil, 2019.

Ano e referência	Nível de evidência/Instrumento	Fenômeno estudado	Métodos/Natureza/Delineamento Coleta de dados e análise	Resultados
2004 <sup>(47)</sup>	IV STROBE	Modelos de cuidados em diferentes serviços: SUS, serviços móveis e cuidados convencionais na Austrália.	Estudo de coorte prospectivo, multicêntrico e observacional. Pesquisadores que coletam dados de acompanhamento foram cegados para o modelo de Cuidado. Instrumento: CPSCS - <i>Critical Patients Severity Classification System</i> . Amostra: 823 com lesão cerebral. Teste estatístico: A ANOVA foi usada para comparar a idade entre os modelos assistenciais, A confiabilidade entre avaliadores foi avaliada usando a estatística kappa	Ainda é escasso os serviços de alta complexidade especializada em atendimento do paciente em AVC. Pacientes aguardam em serviços sem o recurso e muitas vezes perdem o tempo hábil de tratamento.
2012 <sup>(48)</sup>	VI COREQ	Representações sociais do acesso às ações e serviços de saúde pelos técnicos e gerentes dessas Centrais de Regulação no município do Rio de Janeiro	Estudo Descritivo. Delineamento Foram entrevistados 20 sujeitos e realizada análise de conteúdo.	Dificuldades de acesso de pacientes que necessitam de assistência especializada. Existe demora de liberação de vaga devido à superlotação dos serviços. Faltam serviços especializados e os existentes estão em situações de superlotação
2013 <sup>(49)</sup>	VI COREQ	O papel das centrais de regulação de urgência e emergência e o papel do Regulador neste tipo de trabalho.	Estudo de caso descritivo de natureza qualitativa Amostra: Entrevista com 12 enfermeiros SAMU e realizado análise de conteúdo	Necessidade de preparo didático por meio de capacitações e identificou despreparo dos profissionais e ausência de protocolos e treinamentos.
2014 <sup>(50)</sup>	VI COREQ	A experiência de enfermeiros que atuam no tratamento do paciente com AVC na urgência e emergência.	Estudo qualitativo. Amostra: Entrevista de 15 enfermeiros que atuavam em atendimento de pacientes com AVC. Análise de conteúdo.	Falta de protocolos e capacitações para este tipo de atendimento.
2017 <sup>(51)</sup>	VI STROBE	A implantação de protocolos de Trombólise em casos de AVCi, visando redução de custos e do tempo de internação em um hospital público	Multicêntrico, descritivo. Uma pesquisa multi-site, hospitalar, foi conduzida em 11 hospitais de referência (hospitais regionais e terciários). Instrumento: Diretriz Global de Serviços de Stroke da World Stroke Organization. Estatísticas: As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences.	A disponibilidade de serviços baseados em evidências para o tratamento do AVC agudo nos hospitais do estudo foi variada e limitada.

## 4.2 Pesquisa qualitativa

### Caracterização dos sujeitos

Foram entrevistados onze enfermeiros, 10 do sexo feminino e um masculino, com vínculo de trabalho no NIR de uma instituição pública referência no interior do Estado de São Paulo. Em relação ao estado civil, seis (55%) declararam ser casados; quatro (36%) solteiros; um (9%) divorciado. A faixa etária variou de 23 a 46 anos de idade, sendo a média de 28 anos de idade. Quanto ao tempo de atuação no NIR: cinco (46%) enfermeiros trabalham 1 a 5 anos; 3 (27%) a menos de um ano e 3 (27%) a mais de cinco anos.

No que diz respeito à formação dos entrevistados: a maioria (46%) graduou-se há mais de dez (46%) anos e em instituição particular (73%); três formados (27%) em instituição pública. Todos possuem Pós-graduação *latu sensu* (100%), três (27%) são especialistas na área de urgência e emergência e nenhum especialista na área de Regulação. Um enfermeiro com pós-graduação *stricto sensu*.

As entrevistas foram numeradas de um a 11 e codificadas com nomes de flores.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar 13 categorias, descritas e representadas por unidades de fala dos entrevistados: Definição do termo AVC em janela; Tempo de Ictus; Incerteza quanto ao tempo de Janela; Responsabilidade e consciência profissional; Experiência com regulação de vagas; Protocolo Interinstitucional; Identificação dos sintomas; Processo de trabalho no serviço de regulação; Especificidades com as origens; Contato com as especialidades; Sistema de Informação; Qualificação na graduação; Motivação Positiva.

### Definição do termo AVC em janela

Os entrevistados possuem conhecimento da **Definição do termo AVC em janela** e a emergência no atendimento, sendo descritas de maneira singular a seguir:

"... seria um acidente que você permite corrigir em tempo hábil, consegue entrar com a terapia medicamentosa, diminuindo as sequelas do paciente..." (Girassol).

"...Eu compreendo que é um período no qual o paciente que sofreu o AVC tem que receber o suporte para que a sequelas não sejam maiores..." (Craveiro)

"... Quando o paciente teve o AVC esta janela é o tempo de trombólise, tempo de reverter o quadro para o paciente não ter sequelas ..." (Lírio)

"...ele tem um tempo de trombólise para reverter o coágulo, que a grosso modo está parado no sistema vascular dele" (Margarida)

"O AVC em janela é quando o paciente tem os sinais e alguém presencia os sinais e dá tempo pra fazer alguma coisa para reverter os déficits, dá tempo de realizar a trombólise"

### **Tempo de Ictus**

Em relação a Tempo de Ictus, percebe-se a clareza dos enfermeiros quanto sua definição, quanto a tempo de início e os fatores que excluem ou alteram este período de tempo:

"... Tempo do início dos sintomas, você calcula o tempo que o paciente foi visto bem até o início dos sintomas, por exemplo: a pessoa acordou às 8 horas da manhã com alteração da fala sei lá, e foi dormir as 21 bem, começa a contar a partir das 21..." (Girassol)

"... O ictus é desde o primeiro sintoma, desde o primeiro sintoma presenciado..." (Hortência)

"O Ictus é quando se inicia os sintomas, quando o paciente foi visto bem pela última vez..." (Tulipa)

### **Incerteza quanto ao tempo de Janela**

Apesar de possuírem conhecimento na definição do AVC e o tempo de ICTUS, os entrevistados demonstraram incerteza quanto ao tempo de janela, ou seja, da fase Hiperaguda do AVC, descritos nas falas a seguir:

"acho que é de 4 a 4 horas e meia e de mais 1 hora e meia para reverter os déficits" (Margarida)

"... Aqui eles dizem que é até 6 horas, mas na recente literatura eles consideram até 4 horas e meio então fico confusa..." (Gérbera)

"... Se eu não me engano são 6 horas de janela..." (Tulipa).

### **Responsabilidade e consciência profissional**

Nesta categoria observa-se que os profissionais têm entendimento da importância de seu trabalho para que o paciente seja atendido o mais breve possível, demonstram responsabilidade e consciência profissional, que por se tratar de emergência, sua dedicação e agilidade reduz o tempo de espera nas origens aumentando chances de recuperação sem

sequelas.

"... A gente encaminha para a sala de emergência, já comunica, já dá o aceite, como se fosse uma vaga zero" (Lírio)

"... A regulação é feita rapidamente, o caso entra identificamos rápido e passamos para a emergência e o caso vem independente da vaga ou não..."

"... quando você fala que é AVC o atendimento é rápido" (Girassol)

"Eu acho de extrema importância a agilidade, né e a resposta, tanto da especialidade que esta regulando o caso, quanto a resposta via CROSS, para que seja rápida e a estabilidade deste paciente seja preservada, o sucesso pro resultado final deste paciente" (Petúnia)

"... regula o mais rápido possível para que este paciente venha imediatamente, a gente avisa a especialidade e na sala de emergência quando a gente fala que é um AVC em Janela é tratado como emergência vaga zero já vem tendo vaga ou não, tem que vir, a gente não aceita não ter maca , ele vem independente do espaço físico, ele vem regulado tudo certinho, mas vem rápido como um Infarto Agudo do Miocárdio imediatamente." sabemos que tem que ser rápido e fazemos de tudo para diminuir o tempo, ligamos na origem fazemos contato direto, nem colocamos adendo na CROSS para ser mais rápido, o médico demora para ver e responder, então ligamos e falamos diretamente com o médico que está atendendo o paciente para agilizar..." (Orquídea)

"...precisa fazer de tudo para que este paciente venha o mais rápido possível, dentro deste tempo precisa vir mais rápido possível..." (Jade)

### **Experiência com regulação de vagas**

Foram apontados aspectos relacionados à experiência na área de regulação ou já ter trabalhado na assistência como fatores facilitadores no aprendizado do processo de trabalho da regulação, assim como interfere diretamente na capacidade de pensamento crítico e agilidade na tomada de decisões:

"... É eu comecei a pouco tempo, uma semana e meia, não sei muito bem como agir, nunca havia trabalhado com regulação antes..." (Margarida)

"... Eu tenho uma visão de receber na sala de emergência por enquanto né, estou aprendendo a identificar os sintomas, os caminhos mais rápidos e os macetes da regulação, ver uma ficha e pensar ... aí tem coisa vamos melhorar, ainda não tenho esta prática" (Margarida).

"...trabalho na regulação há 4 anos e meio e já tenho agilidade pra identificar, mas aprendi muito na assistência também..."(Girassol)

“trabalho na regulação há 5 anos e não vim da assistência, mas aprendi tudo aqui mesmo...” (Hortência)

"... Quem já trabalhou na assistência regular é mais fácil, quem vem direto pra regulação fica perdido até pegar o jeito e mesmo depois que pega não entende algumas coisas que só cuidando mesmo né ..."(Hortência)

"... Não tenho muita experiência comecei a pouco tempo então ainda estou meio perdida..."(Hortência)

“... O que ajuda é já ter trabalhado na área na assistência porque já sei os sinais de gravidade sem precisar ser necessariamente dito...” (Gérbera)

“pra quem trabalhou na assistência é mais fácil fazer regulação, tem noção do que é a doença e como agir em algumas situações de emergência...”(Tulipa)

"...esta é minha experiência na regulação, tempo agilidade durante a regulação são fatores importantes."(Petúnia)

“a nossa agilidade depende da nossa experiência, quanto mais experiente melhor a resolução do caso, já temos um start que o caso precisa correr e os meios pra agilizar, as novas vão aprendendo com o tempo, é igual passar sonda as primeiras demoram uma vida...”(Orquídea)

### **Protocolo Interinstitucional**

Os enfermeiros identificam que são orientados da rotina do setor e recebem treinamento sobre a regulação, porém falta um protocolo interinstitucional com as origens pois observam divergência de condutas entre plantonistas.

"precisamos de um protocolo, aqui temos orientações de como fazer mais nada pactuado com todos e origens." (Girassol)

"... falta um treinamento ou um protocolo universal..." (Hortência)

"... Cada plantonista dá uma conduta, falta uma padronização do que perguntar..."(Gérbera)

### **Identificação dos sintomas**

Os entrevistados se atentam a identificação dos sinais e sintomas do AVC, mesmo sem estar descrito a Hipótese Diagnóstica principal na ficha, os casos são colocados em regulação com outros diagnósticos e os profissionais orientam que pode se tratar de AVC.

"...alteração de fala, desvio de rima, ou perda de força ou algo assim deste tipo, que identifica, como qualquer sintoma que indica AVC, nós orientamos, questionamos..." (Margarida)

"...desvio de rima, alteração na fala, fala empastada. Questionamos será que não é AVC?" (Girassol)

"...mesmo sem estar descrito na ficha, sabemos que se trata de AVC, paciente com paralisia facial, dificuldade para falar, desvio de rima..." (Gérbera)

### **Processo de trabalho no serviço de regulação**

Fatores relacionados ao processo de trabalho do serviço de regulação apontam a necessidade de agilidade, poder de decisão e conhecimento teórico sobre as patologias como necessários ao profissional enfermeiro nesta frente de trabalho.

"... A gente encaminha para a sala de emergência, já comunica, já dá o aceite, como uma vaga zero" (Margarida)

"... Esta regulação tem que ser rápida pro paciente não ter danos maiores, caso saia deste prazo de tempo de janela..." (Lírio)

"... "a regulação é rápida, já peguei vários casos aqui na regulação, e todos vieram rápido, identificou que era AVC já vem ..." (Girassol)

"... regula o mais rápido possível para que este paciente venha imediatamente, a gente avisa a especialidade e na sala de emergência quando a gente fala que é um AVC em Janela é tratado como emergência vaga zero já vem tendo vaga ou não, tem que vir, a gente não aceita não ter maca, ele vem independente do espaço físico, ele vem regulado tudo certinho, mas vem rápido como um Infarto Agudo do Miocárdio, imediatamente..." (Hortênci)

"sabemos que tem que ser rápido e fazemos de tudo para diminuir o tempo, ligamos na origem fazemos contato direto, nem colocamos adendo na CROSS para ser mais rápido, o médico demora para ver e responder, então ligamos e falamos diretamente com o médico que está atendendo o paciente para agilizar..." (Orquídea)

### **Especificidades com as origens**

Especificidades com as origens solicitantes da vaga foram apontadas como problemáticas durante a regulação, os entrevistados percebem insegurança e falta de preparo dos locais com pouco ou ausência de recurso.

"... As origens muitas vezes têm médico novo recém-formado ou inexperiente, eles têm certa dificuldade para identificar o que é o AVC, mandam a ficha como rebaixamento ou alteração de comportamento e outras coisas..." (Margarida)

"... o problema é nas origens, fazemos tudo direitinho aqui, mas eles atrasam tudo, no transporte, nos envios das informações, na falta de treinamento deles atrapalha aqui o nosso trabalho..." (Margarida)

".. As origens são despreparadas para o transporte, mandam paciente em pé sem médico, não deixam o paciente em decúbito zero, paciente chega com a cabeceira levantada e tudo mais..." (Lírio)

"...eles não colocam a história prévia do paciente, início dos sintomas então não conseguimos identificar o ICTUS, ligamos lá para saber não conseguimos falar com o médico e só nisso já perdemos uns 30 minutos e isso é cérebro pro paciente"" eles não colocam PA ou HGT e o HGT é extremamente importante uma hipoglicemia faz com que o paciente tenha sintomas parecido com AVC" (Hortência)

"... A origem é difícil, dependendo do médico, descreve algumas coisas, as fichas vêm em branco das informações primordiais e o HGT então ninguém coloca..." (Rosa)

"...dependendo da origem o que dificulta é a falta de informação, as vezes a gente pede demora pra colocar as informações, o tempo que o paciente começou a apresentar a queixa, quando que ele foi visto bem pela última vez, alguns exames específicos que a gente já solicita, a origem demora pra encaminhar, então isso é uma dificuldade que a gente enfrenta, retirar do município o que a gente precisa para regular, pra acelerar este passo pro paciente vir..." (Rosa)

"...a gente acaba ligando e direto na origem acaba agilizando mais perdemos tempo se a ficha viesse completa economizaria tempo"(Girassol)

### **Contato com as especialidades**

Em relação ao contato com as especialidades, a relação entre as equipes demonstrou efetiva, porém fatores de relacionados ao acesso a especialidade foi apontada como problemática conforme falas a seguir:

"Às vezes não encontramos o residente, pois estão atendendo outras coisas".

"a equipe da neurologia deveria ter um residente disponível, porque quando estão em atendimento ficam todos juntos, aí precisamos ficar deixando recado pra retornarem, por mais que se tenha uma equipe na unidade de AVC eles nem sempre estão fisicamente lá, estão atendendo..." (Girassol)

"... Às vezes os médicos já estão atendendo aí demora um pouco mais para darem conduta..." (Gardênia)

"...encontrar o médico da especialidade, as vezes a própria logística, não consegue encontrar o médico, ou ele não pode atender agora, acho que isso tudo conta, acho que seria interessante haver um canal direto com alguém, tipo hoje vai ficar um médico x recebendo os casos de AVC em Janela, ai qualquer caso a gente pode encaminhar direto para ele, eu acho que adiantaria bem o trabalho..." (Rosa)

"... A dificuldade que encontramos também é a de falar com a especialidade, porque como é um caso de emergência, precisamos contatar rápido e perdemos tempo tentando achar que é o residente responsável deveria ter uma escala aqui pra gente..."

"... Se um plantonista ficasse com um telefone para receber os casos de AVC facilitaria, ao invés de termos que ficar ligando em vários lugares até achara a especialidade..." (Petúnia)

"... A comunicação é boa com a gente, os médicos tem paciência nos explicam como agir e fazer, e o pessoal da emergência entende que precisamos aceitar sem ter espaço..." (Lírio)

### **Sistema de Informação**

O Sistema de Informação foi apresentado como uma problemática durante o processo de regulação, apesar da informatização ser um facilitador, quando este apresenta falhas retarda o aceite e liberação da vaga.

"... A CROSS é lenta, demora pra carregar ou ver os nossos adendos e repassar para as origens..." (Margarida)

"... às vezes o sistema atrapalha um pouco, demora pra carregar..." (Tulipa)

"...até o próprio sistema, trava, cai, ou a gente não consegue visualizar..." (Craveiro)

### **Qualificação na graduação**

A atuação do enfermeiro na área de Regulação se apresenta como novidade aos recém- formados uma vez que o tema nem sempre é abordado durante a fase de formação profissional, há necessidade de Qualificação na Graduação com a abordagem do termo Gerenciamento de vagas sendo de extrema importância a apresentação do serviço também em campo de estágio.

".. Como não vemos a função da regulação na faculdade, chegamos meio perdidos

até aprender, deveriam nos apresentar este rico trabalho na graduação..." (Petúnia)

"...aqui é diferente do que aprendemos na faculdade, chegamos ao extremo da administração e gerenciamento, fora que temos que saber lidar com situações de estresse e ter noção de todas as áreas: emergência, neonatal, obstetrícia e tudo em geral..." (Tulipa)

"...aqui é diferente do que aprendemos na faculdade, chegamos ao extremo da administração e gerenciamento, fora que temos que saber lidar com situações de estresse e ter noções de todas as áreas: emergência, neonatal, obstetrícia e tudo em geral..." (Tulipa)

"...Pra mim que nunca tive muita experiência, me formei e já vim trabalhar aqui, eu aprendi mais na regulação que eu tinha que saber todas estas informações, o HGT principalmente, eu nem sabia que precisava, na graduação a gente não aprende isso, somente o geral de cada patologia..." (Craveiro)

"... na vida real é totalmente diferente da que aprendemos na faculdade, regulação é diferente em tudo, e tenho uma visão diferente do que aprendi na faculdade" (Jade)

"...eu não tive esta vivência, na faculdade tudo é diferente, na pratica a coisa é mais difícil" (Jade)

"...acho muito legal, na disciplina de gerenciamento a gente tem administração que a gente tem, a gente vê o dimensionamento, os cálculos, mas a vivência que temos aqui nenhuma faculdade fornece no estágio, aprende a fazer escala, aqui a gente aprende a gerenciar mesmo, como funciona o hospital..." (Jade)

### **Motivação Positiva**

Foi observado a Motivação Positiva em realizar o trabalho de Regulação, os profissionais se mostraram satisfeitos, motivados com o processo de trabalho e entusiasmados com resultados obtidos na obtenção da vaga breve aos pacientes, assim como conhecem a importância do papel do enfermeiro nesta forma de cuidado.

"...eu vi na sala de emergência quando chega a tempo é muito legal, fantástico a reversão do quadro instantaneamente, faz o nosso trabalho valer a pena..." (Jade)

"... Isso é gratificante, saber que você pode ajudar e identificar, encaminhar pro local adequado e preparado para receber o paciente, para que se possa reverter e ele levar uma vida muitas vezes normal..." (Margarida)

"... é muito importante nosso trabalho, eu fico contente em trabalhar aqui e poder participar de tudo isso..." (Margarida)

"...é muito bom saber que meu trabalho fez diferença na vida daquele paciente..."

(Tulipa)

"...para mim quanto enfermeiro eu acho que é super, a gente se realiza por fazer o bem para o paciente, saber que contribuimos para que ele chegasse mais rápido, principalmente quando conseguimos uma regulação completa e rápida e se o paciente perde esta janela ele pode piorar o quadro e ficar com déficits, pode ficar acamado e agora se ele conseguir fazer o procedimento rápido ele pode voltar a ter uma vida normal sem sequelas, sai andando da unidade de AVC e vai para casa, isso é gratificante..." (Orquídea)

A partir das 13 categorias apresentadas, as autoras identificaram os cinco temas emergentes e que contextualizam os significados da análise de conteúdo:

**1 - Conhecimento sobre o AVC** (Definição sobre o que é o AVC, Tempo de Ictus, certeza quanto ao tempo de janela, Identificação dos Sintomas, Qualificação na graduação).

**2 - Comprometimento do Profissional Enfermagem** (Motivação Positiva, Responsabilidade e consciência Profissional).

**3 - Experiência Profissional do Enfermeiro** (Experiência com regulação de vagas).

**4 - Sistematização da Atividade Reguladora de vagas** (Protocolo Interinstitucional, Processo de Trabalho no serviço de Regulação, contato com as especialidades).

**5 - Relacionamento com os serviços externos** (Especificidades com as origens, sistema de informação).

Compreendeu-se então que os cinco temas que emergiram da categorização podem ser classificados em fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam a percepção dos enfermeiros e são discutidos a seguir.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Discussão da Revisão Integrativa

Discutem-se a seguir detalhadamente os resultados encontrados, articulando-se os achados como resposta a pergunta norteadora da revisão. Foi possível nesta fase identificar as lacunas do conhecimento e apresentar sugestões de futuras pesquisas.

O primeiro estudo <sup>(47)</sup> identificou a necessidade de atendimento rápido e organizado nas primeiras horas de início dos sintomas e que pacientes que são atendidos em hospitais sem o recurso para confirmação do diagnóstico, por vezes perdem a janela terapêutica devido a espera por vaga em hospitais de referência, os autores ressaltam a importância da agilidade na transferência entre os serviços.

Comparou o atendimento de hospitais de referência em atendimento ao paciente com AVC com hospitais que não eram referência e hospitais de baixa complexidade avaliando todas as admissões e saídas no ano de 2007. Identificou que a taxa de sobrevivência e redução das taxas de sequelas após tratamento eram maiores em hospitais de referência. Porém o número de pacientes que conseguem o acesso a estes serviços é bem reduzida devido à falta de vagas.

O segundo estudo <sup>(48)</sup> analisou as políticas de hierarquização do sistema de saúde como instrumento de planejamento por meio das representações e das práticas institucional e profissional desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Os objetivos foram apreender e analisar as representações sociais do acesso às ações e aos serviços de saúde entre técnicos e gerentes das Centrais de Regulação do município do Rio de Janeiro; buscou-se descrever as barreiras e facilidades ao acesso, bem como identificar as representações sociais e discutir as relações estabelecidas entre estas e as práticas profissionais desenvolvidas; identificou-se a dificuldade de acesso aos serviços terciários, mesmo através das centrais de regulação de acesso aos serviços de saúde.

O terceiro estudo <sup>(49)</sup> abordou o papel das centrais de regulação e atuação do regulador nesse processo; associa conhecimento técnico e de gestão para apontar a melhor resposta que o sistema de saúde pode oferecer frente à necessidade de saúde apresentada, exige a apropriação de “tecnologias leves”, produção de vínculo, acolhimento e gestão; saberes bem estruturados; base em equipamentos, normas e estruturas organizacionais. Trata-se de uma cobrança intrínseca feita ao ator deste processo de saúde neste caso, o enfermeiro, para que em seu cotidiano possa estabelecer com a equipe, profissionais de diversas especialidades e das outras unidades de saúde, relações que contribuam beneficentemente para a execução do trabalho

em urgência e emergência, com regulações precisas e ágeis que otimizem o tempo de espera do paciente principalmente, em quando se trata de casos de urgência e emergência onde a falta de preparo do profissional pode retardar o atendimento.

O quarto estudo <sup>(50)</sup> trouxe a dificuldade relatada por enfermeiros que trabalham com regulação de urgência e emergência evidenciada em estudo realizado em Santa Catarina no ano de 2017. Os profissionais que atuavam com urgência e emergência especificamente em unidade de SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) relatam que enfrentam dificuldades durante a assistência ao paciente com AVC, demandam esforços frente à falta de capacitação profissional e a descontinuidade deste processo, assim como a preocupação com falta de protocolos que facilitem o processo de atendimento minimizando riscos e danos para o paciente <sup>(50)</sup>.

Para que o paciente tenha melhor recuperação o atendimento deve ser imediato e a intervenção da equipe deve ser organizada e para que isso aconteça é preciso preparação e segurança da equipe.

O quinto estudo <sup>(51)</sup>, aponta os benefícios do tratamento através da trombólise em fase hiperaguda do AVC e da necessidade do atendimento rápido e objetivo. A pesquisa envolveu os principais hospitais de referência em todas as dez regiões administrativas de Gana para coletar dados sobre os serviços de AVC agudo disponíveis dos principais prestadores de cuidados de AVC agudo entre novembro de 2015 e abril de 2016. Identificou a necessidade de um atendimento coordenado e organizado através de protocolos de trombólise para agilizar o tratamento reduzindo riscos ao paciente.

A presente revisão identificou o estado da arte do tema proposto e também permitiu averiguar que existem poucos estudos sobre o tema, não sendo encontrado nenhum artigo no ano presente e específico do tema. Nos artigos encontrados observou-se que apenas uma pesquisa encontrou limitações referente a busca em banco de dados referente ao sistema operacional.

Não foram encontrados artigos que descrevem a experiência dos enfermeiros atuando em centrais de regulações de vagas desvinculadas ao SAMU, assim como aqueles sobre Centrais de Regulação com utilização de protocolos específicos para AVC.

Os estudos analisados apresentaram intervenções para diminuir os riscos ao paciente com AVC as chances de sobrevida e o uso da trombólise no tratamento. Porém não foram encontrados protocolos de regulação direcionada a enfermeiros.

Trata-se de uma temática que precisa ser melhor explorada, para compreender como os serviços podem se organizar de forma a avaliar a taxa de mortalidade e elevar a sobrevida

no intra e no extra- hospitalar, como com a capacitação de leigos e profissionais para intervirem da melhor forma possível bem como no aumento da produção de estudos nacionais que descrevam a atividade de regulação de urgência e emergência sendo realizada por enfermeiros.

## **5.2 Discussão da Pesquisa Qualitativa**

A compreensão pelas pesquisadoras da análise resultante sobre a percepção dos enfermeiros atuantes no processo de regulação de vaga do AVC em fase hiperaguda pode ser demonstrada através de aspectos divididos em duas temáticas: Fatores Intrínsecos - que dependem do enfermeiro; e Fatores Extrínsecos que independem do enfermeiro.

### **Os fatores intrínsecos**

Os fatores intrínsecos na percepção dos enfermeiros são as ações deliberadas e que dependem dele apenas, e que estão apresentados a seguir com alusão ao tema de proposto.

#### **Tema 1: Conhecimento sobre o AVC**

Na percepção dos entrevistados, a atuação na regulação de vagas exige saberes e conhecimentos específicos. No caso do AVC é necessário a agilidade em reconhecer os sintomas, tempo de ICTUS e principalmente saber a definição de tempo de janela terapêutica, isso permite otimização de tempo na tomada de conduta, reduzindo o tempo de espera do paciente.

Os entrevistados demonstraram conhecimento geral em relação à patologia, porém demonstraram dúvidas quanto ao tempo de janela, e que apontou dúvidas quanto à questão da variação do intervalo entre o tempo de 4 e 6 horas do início do ICTUS.

O estudo realizado em hospital geral de referência para atendimentos a pacientes com AVC na região Nordeste <sup>(57)</sup> apontou que a atuação de uma equipe multiprofissional especializada instalada em centros de referência em tratamento em AVC, contribui para reconhecimento precoce dos sintomas, melhores prognósticos, diminuição de taxas de mortalidade, tempo de internação, o que resulta no grau de sequelas aos pacientes acometidos pelo AVC e que o tempo de espera para fechamento de diagnóstico interfere na recuperação do paciente.

Em contrapartida o mesmo estudo <sup>(57)</sup> revelou que a formação do enfermeiro era

generalista e não oferecia conhecimentos teórico-práticos específicos para o atendimento das principais evidências às pessoas acometidas com doença cerebrovascular e que os enfermeiros se mostram ansiosos com este tipo de avaliação.

A atualização recente de tratamento do AVC através da trombectomia mecânica de um estudo chamado DAWN, publicado em 4 de janeiro de 2019 no *New England Journal of Medicine*, as novas diretrizes recomendam trombectomia em pacientes elegíveis 6 a 16 horas após um). E considerando os resultados DAWN, o procedimento foi considerável “razoável” nos pacientes 16 a 24 horas após um AVC, o que pode justificar a incerteza quanto ao tempo exato de janela, porém demonstra necessidade de implantação de educação continuada para o acompanhamento das inovações de tratamento <sup>(58)</sup>.

Assim como foi evidenciado, em estudo <sup>(59)</sup> com enfermeiros de diversos Estados do país que atuam no serviço de emergência hospitalar, a não consonância quanto à necessidade de profissionais com formação especializada para a avaliação nas emergências. Relata-se, contudo, a importância da capacitação de enfermeiros, permeada por treinamentos da educação permanente, na tentativa de suprir a demanda.

Os entrevistados atribuem melhor desempenho a experiência adquirida quando trabalham primeiramente na assistência antes de trabalhar com atividades administrativas, expressam ainda que profissionais que atuaram na urgência e emergência adquirem pensamento crítico e são mais ágeis nas tomadas de decisões e reconhecimento de sintomas.

O afastamento do enfermeiro da assistência ao usuário e do cuidado em relação a assumir o papel de gerenciamento dos recursos humanos assim como dos materiais, pode ser tomado como causa do seu não reconhecimento como profissional que deve atuar no cuidado direto ao paciente. A ampla variedade de atividades que são de responsabilidade do enfermeiro, torna-o mais distante da assistência e o distancia da habilidade técnica do cuidar <sup>(60,61)</sup>.

Em contrapartida, em estudo <sup>(62)</sup> realizado em serviço de urgência no Recife, observou-se que a prática profissional gerencial do enfermeiro precisa estar vinculada à assistência, além de envolver questões burocráticas e expectativas da organização hospitalar, reside na gerência da assistência de enfermagem, uma vez que todo serviço administrativo é fundamentalmente interdependente, o que significa complementaridade e inter-relação das ações no processo de trabalho.

O enfermeiro (a) precisa transcender a simples função de executor de tarefas ditadas por normas, assumir a autodeterminação de suas funções e ajustar princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos de sua área.

Em relação à atuação de profissionais em unidades de urgência e emergência, com

dinâmica e especificidades, de cenário com cuidados de alta complexidade determinante para a evolução do quadro de saúde-doença do paciente, são necessários conhecimentos e capacitação específicos, além de celeridade, uma vez que o atendimento precisa ser realizado com base nos rigores técnico e científico, e ele deve <sup>(63)</sup>, ocorrer em tempo apropriado para a intervenção.

A educação permanente é utilizada como estratégia por enfermeiros em vários serviços e permite que profissionais mais experientes possam transmitir o conhecimento desenvolvido aos demais profissionais, com mobilização saberes e garantia de a atualização das equipes. A orientação correta aos novatos evita sobrecarga dos profissionais da Regulação, o que é reconhecido pelos gestores conforme estudo <sup>(64)</sup> que relata a experiência de enfermeiros que atuam em regulação de vagas em saúde.

O enfermeiro deve ser capacitado especificamente no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) à pessoa com suspeita de AVC, para classificar o paciente quanto ao seu agravamento e estabelecer prioridades no atendimento, compreender as alterações biológicas inerentes à idade e as comorbidades prevalentes no público idoso, a fim de realizar abordagem ágil e qualificada <sup>(65)</sup>.

Elucida-se, que nos serviços de saúde, o conhecimento técnico do enfermeiro é de extrema importância, uma vez que permite a identificação dos sinais e sintomas das patologias que demandam atendimento e intervenção imediatos <sup>(66)</sup>.

## **Tema 2: Comprometimento do Profissional Enfermagem**

A representação do processo de trabalho na Regulação da vaga do AVC em fase hiperaguda é considerada com apreensão, devido ao fato de que a resolução deve ser agilizada, o que pode gerar estresse, porém os enfermeiros mostraram-se comprometidos e conscientes dessa responsabilidade.

O mesmo processo foi observado em estudo <sup>(67)</sup> com enfermeiros que atuam na área de urgência e emergência, e evidenciou-se que estes profissionais tendem a estar mais expostos a altos níveis de pressão por liberação de uma vaga, o que gera estresse e desmotivação profissional. Mas a expectativa da melhora do paciente gera gratificação e entusiasmo.

Nesse trabalho existem possibilidades de crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, apesar dos constantes imprevistos impostos aos indivíduos podem gerar também, problemas como insegurança, insatisfação, desinteresse e irritação <sup>(68)</sup>.

Os enfermeiros do presente estudo mostraram-se motivados em participar do cuidado do paciente mesmo que a distância sem visualizar o paciente e reconhecem a importância da dedicação que reflete na recuperação ou não do paciente.

Desta forma, uma pessoa motivada é produto da interação de sua personalidade com as condições no ambiente externo, do próprio profissional e da organização do processo de trabalho. O comportamento motivacional demonstrado pelo profissional provém da interação de sua inteligência, emoções, instintos e experiências vividas utilizados para alcançar seus objetivos <sup>(68)</sup>.

Estudo recente <sup>(68)</sup> que avaliou o perfil profissional das áreas de cuidado administrativo, obteve como resultado uma percepção de mudança do comprometimento profissional e identificou que nas sociedades modernas, os sistemas de regulação passam por um processo de crise, e que os profissionais parecem buscar, cada vez mais, se “libertar” de condutas humanas previamente padronizadas pelo social, transferindo-as para a esfera das políticas de vida individuais.

Em contrapartida os envolvidos neste estudo, mesmo sem possuírem vasta experiência na regulação e serem recém contratados, mostraram-se comprometidos com a sua atividade e com o setor e relataram sentimento de orgulho sobre os resultados positivos obtidos com os casos de pacientes regulados.

A essência da enfermagem é o cuidar, centrado no paciente, na família, na comunidade. O cuidar norteia toda a caminhada da profissão do enfermeiro. O sentido da palavra cuidado, designa atenção positiva e construtiva prestada a alguém, fazer algo para o outro.

### **Tema 3:Experiência Profissional do Enfermeiro**

A experiência é adquirida com o tempo de trabalho e é compreendida como algo inerente ao profissional inserido no processo de trabalho. Alguns enfermeiros capacitam-se, dedicam-se para determinada atividade, porém não a desenvolve de forma ágil. Enquanto outros com pouco tempo de atuação demonstram-se ativos e agilizam o cotidiano, resolvem os problemas de modo racional.

A atuação na área de regulação ainda é uma atividade inovadora e recente no mercado de trabalho da enfermagem. No presente estudo os enfermeiros relataram que não possuíam experiência com a área de regulação de vagas,e citaram como fator limitante a falta de conteúdo teórico e de estágio prático nos currículos do ensino da graduação de enfermagem.

Ao terminar a graduação e ao ser inserido no mercado de trabalho, especialmente na área hospitalar, o enfermeiro enfrenta desafios e se depara com áreas não conhecidas, pode demonstrar angústia e muitas vezes sentem-se sozinhos e desamparados <sup>(68)</sup>.

De acordo com os entrevistados, na maioria das vezes, quando são recém-admitidos na função apresentam a sensação de que falta algo, para possam exercer a regulação com segurança e confiança. Por outro lado, alguns citam o conteúdo teórico ofertado pela instituição de ensino em que estudaram como satisfatório, mas ressaltam a deficiência no ensino da prática.

Em muitos casos, o desencontro entre a realidade do serviço e o ensino durante a graduação se transforma em uma barreira considerável para o egresso. Considerar o impacto da formação acadêmica para a sua inserção no mercado de trabalho torna-se fundamental para determinar potencialidades e fragilidades do início da carreira profissional <sup>(69)</sup>.

Neste contexto, houve concordância entre os enfermeiros do estudo sobre a importância e necessidade de ser acrescido em estágios curriculares/extracurriculares o termo regulação de vagas e gerenciamento de recursos de saúde. Assim como a necessidade de investimento dos egressos nas especializações como oportunidade de se atualizar e trabalhar melhor as suas dificuldades e ansiedades. Servindo como um complemento à sua graduação e auxílio para o progresso na carreira. No entanto, os entrevistados têm consciência de que não se trata de uma resolução de todas as carências encontradas na graduação, uma vez que a formação de competências é um processo contínuo.

O mesmo foi observado em estudo <sup>(70)</sup> realizado com gestores de diferentes serviços de saúde em Florianópolis que em meio à constante criação de novas tecnologias nos setores de saúde e na esfera do cuidado, torna-se cada vez menos concebível que os profissionais permaneçam apenas com os conhecimentos adquiridos na graduação.

É crescente a exigência por profissionais cada vez mais qualificados e a especialização em enfermagem vem se tornando indispensável para complementar a formação deste profissional e lhe proporcionar os meios necessários para o exercício da profissão <sup>(70)</sup>.

### **Os fatores extrínsecos**

Os fatores extrínsecos considerados a partir da compreensão da percepção dos enfermeiros estão ligados aos aspectos do protocolo interinstitucional, do processo de organização do trabalho no serviço de Regulação e o contato com as especialidades. Assim contextualiza-se o Tema 4 a seguir.

#### **Tema 4: Sistematização da Atividade Reguladora de vagas**

Para aumentar a acurácia diagnóstica de AVC na triagem dos casos, escalas validadas para o reconhecimento dos sinais e sintomas devem ser utilizadas nos serviços de emergência. A falta de protocolo institucional intermunicipais foi citada várias vezes pelos entrevistados. Apesar de existirem pactuações, as condutas são variáveis entre os plantonistas e ressaltam a importância da organização desta atividade.

A qualidade e organização dos serviços de saúde tem sido objeto de estudo entre diversos pesquisadores. Nos níveis de atenção assistenciais, independentemente do nível de complexidade, surge preocupação com o tema de como melhorar a assistência através de sistemas informatizados, demonstrada e observada em citações sobre qualidade de atendimento. Utilizam documentos oficiais dos serviços, definições de normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos.

A falta de protocolo entre os serviços dentro da regulação é identificada pelos enfermeiros como uma barreira e fator de desgaste aos profissionais que necessitam questionar o trabalho da central reguladora e dos municípios solicitantes, gerando estresse e cansaço mental.

Protocolos clínicos assistenciais são considerados instrumentos de tecnologias em saúde, à medida que estabelecem critérios ou condução preconizada para o agravo em questão.

São tecnologias do cuidado, embasados cientificamente a fim de auxiliar o profissional da saúde durante a prática clínica. No entanto, o benefício esperado com esse recurso para o atendimento à saúde do paciente vem sendo prejudicado pela limitação de estudos no Brasil destinados a esta tecnologia, sobretudo pela enfermagem <sup>(71)</sup>.

Para a correta avaliação e manejo do AVC, torna-se indispensável a aplicação de um protocolo e da educação continuada para melhor embasar a atuação do enfermeiro <sup>(72)</sup>.

A escala a Los Angeles Prehospital *StrokeScreen* (Escala para avaliação do paciente com AVC) tem sido utilizada por serviços de saúde de triagem reconhecidos no Estado de São Paulo. Com adaptações de acordo com a rotina do serviço, esta escala é utilizada por enfermeiros na triagem e pelo médico no pré-hospitalar com o intuito de aumentar a sensibilidade para o diagnóstico de eventos isquêmicos em circulação posterior e obtiveram bom retorno em relação aos 98% de acertos comparados ao diagnóstico médico final <sup>(73)</sup>.

Os gestores dos serviços de saúde devem entender a importância e responsabilidade no planejamento de ações junto aos profissionais de saúde de sua instituição, sempre pautadas

nas melhores evidências científicas.

Nessa perspectiva, é notório que a Prática Baseada em Evidências se constitui em um movimento e elo entre os resultados de pesquisas e a aplicação prática. A finalidade é garantir a melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes, além dos melhores resultados em saúde e maior visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do seu cuidado <sup>(74)</sup>.

Quando as intervenções não estão sustentadas por critérios científicos e adequados às reais demandas do serviço, os protocolos podem instituir processo de trabalho fragmentado e sem planejamento, não garantindo impactos positivos na saúde das pessoas.

Dessa maneira justifica-se a necessidade de implantação de um protocolo específico para o AVCdestinado a enfermeiros, pelo fato de que o tempo que decorre do início dos sintomas e a sua correta avaliação é fundamental para definir o diagnóstico e, principalmente, o tratamento. Quando existem dúvidas o tempo de janela terapêutica, com conseqüente atraso do encaminhamento adequado, existe aumento proporcional do risco de mortalidade.

A falta de domínio e de fundamentação para a abordagem do paciente por parte do enfermeiro, durante a classificação da gravidade, tende a ocasionar o retardo do atendimento terapêutico <sup>(75)</sup>.

Especificidades advindas das origens nas fichas de regulação foram citadas pelos entrevistados como: falta de dados; incompletude de informação de antecedentes pessoais; ausência do valor de hemoglicoteste. São deficiências apresentadas pelos profissionais dos serviços de origem ao preencherem a ficha. Assim questiona-se sobre a capacitação dos profissionais plantonistas das origens como também falta de treinamento no preenchimento.

Semelhantemente foi detectado em pesquisa realizada com operadores de regulação do SAMU-190, que abordava a qualidade de informações repassadas por serviços de atenção básica durante solicitações de atendimento avançado, onde foi observado falta de informações nas fichas de regulação, o que dificulta a tomada de conduta do médico regulador em relação à gravidade do atendimento e o tipo de equipe enviar para atendimento <sup>(76)</sup>.

A comunicação durante as atividades de regulação é uma das competências necessárias para que toda equipe multiprofissional atue com responsabilidade e eficiência na atenção à saúde, tornando assim as instituições organizadas e com qualidade no atendimento <sup>(77)</sup>.

A comunicação deve ser instrumento de interação, ensino, aprendizagem, crescimento e desenvolvimento entre as partes envolvidas buscando contribuir para a construção e alcance do objetivo almejado. Especificamente para a área de urgência e

emergência, o processo comunicativo deve ser usado como ferramenta contínua propiciadora de segurança e clareza aos profissionais pelo fato de lidarem diariamente com situações estressantes que requerem atenção redobrada e perfeito entendimento das informações transmitidas.

Além da falta de protocolo destinada a regulação por enfermeiros, foram apresentadas barreiras como lentidão e “caídas” sucessivas do sistema de informação, sendo frequentemente problemática enfrentada pelos profissionais, resultando em atraso nos aceites e encaminhamentos das fichas e consequente perda de janela terapêutica.

Não foram identificados estudos especificamente com o sistema CROSS, porém um estudo realizado com enfermeiros que trabalhavam com sistema de contra referência informatizado para disponibilização e organização de vagas, atribuíram aspectos positivos ao sistema como adequação à demanda do serviço e ressaltaram a desenvoltura do sistema e confiabilidade das informações, com impactos sobre a segurança e a qualidade do atendimento prestado. Os aspectos negativos citados se relacionaram à mecanização do processo, contribuindo para o distanciamento do profissional do paciente <sup>(77)</sup>.

No presente estudo, em relação ao contato com as especialidades, os enfermeiros levantaram a necessidade de melhorar o processo de trabalho e a ferramenta de acionamento dos profissionais ou a indicação de um único médico de referência plantonista para resposta dos casos CROSS.

Quanto a especialidade, referiram que nem sempre está disponível devido à alta demanda de atendimentos, mas que são receptivos e atenciosos com os casos e pacientes mesmo que a distância.

Atualmente a ferramenta utilizada para estes fins, é a ligação telefônica e mensagem via aplicativo “whatsapp”, apesar de ser rápida em sua maioria das vezes, ainda há uma brecha de perda de tempo de regulação, uma vez que o profissional médico enquanto está em atendimento não pode atender o telefone celular.

Em serviço de saúde privado no Estado de São Paulo, tem se utilizado o Código AVC, que poderia ser adaptado e aplicado ao setor de regulação <sup>(79)</sup>.

O Código AVC tem o objetivo de priorizar o atendimento dos pacientes com AVC nas Unidades de Primeiro Atendimento (UPA) através do alerta e comunicação com as áreas envolvidas no tratamento de emergência.

O código AVC é uma cadeia de bips, que aciona a tomografia, o transporte de pacientes, a hemodinâmica, a ressonância, o anestesiológico, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a gerenciadora de práticas e tem obtido respostas positivas quanto ao tempo de triagem

e início do tratamento dos pacientes.

Sabe-se que, em todo serviço de saúde, é crucial que a equipe multiprofissional tenha eficiente interação, e possuam mecanismos para propiciar atendimento de qualidade.

É extremamente importante que a equipe multiprofissional que compõe o serviço de saúde execute de forma conjunta, integralizada, e seja coesa, pois assim produzirá um atendimento com maior viabilidade de satisfação e confiança por parte de quem usa e de quem a compõe. Caso o trabalho ocorra de forma diferente, interfere diretamente no objetivo do serviço prestado <sup>(78)</sup>.

Assim como o recomendado pelo Ministério de Saúde de que a comunicação entre a equipe da Central de Regulação com a equipe multiprofissional é de grande valia e deve ser clara e objetiva para que seja garantida a descrição de forma correta dos achados clínicos, pois é crucial para subsidiar a conduta médica <sup>(79)</sup>.

Entretanto, em estudo <sup>(80)</sup> realizado com enfermeiros que atuam em unidades de urgência e emergência de um hospital escola, na percepção dos enfermeiros foi encontrado depoimentos em que os enfermeiros se referiram ao relacionamento com a equipe médica como sendo uma relação difícil, principalmente em hospitais escola, onde a rotatividade é grande e não é possível a criação de vínculos o que propicia um relacionamento complexo.

A dificuldade de acesso a especialidade pode representar uma forma de estresse para os que trabalham na Regulação, principalmente em situações de emergência onde a resolução do caso tem o tempo limitado. Baseado nos relatos desse estudo, verificou-se certa dificuldade e angústia dos profissionais na busca pelo médico.

A dificuldade em ter contato com o profissional médico em situações de emergência é relatada também por enfermeiros em estudo <sup>(81)</sup> em Fortaleza, onde foi considerada fonte de estresse. As dificuldades nas relações interpessoais estão basicamente vinculadas ao processo de comunicação inadequada, o que deve ser revisto continuamente no cotidiano de trabalho, cabendo aos gestores desenvolverem ferramentas e meios de comunicação que supram ou melhorem estas necessidades <sup>(68)</sup>.

Portanto, qualquer falha de comunicação com origem ou com profissionais do próprio serviço, assim como a falta de dados para a regulação foram levantadas como bloqueios que interferem no processo regulatório. Esses aspectos refletem no tempo de espera do paciente nos serviços, resultando em perda de janela terapêutica. Os enfermeiros entrevistados no presente estudo sugerem melhorias no processo de comunicação entre as equipes das origens e das referências.

## **6 PRODUTO: VÍDEO EDUCACIONAL**

Elaborou-se como produto um vídeo educativo para ser utilizado em momentos de capacitação dos gestores e enfermeiros pertencentes aos serviços das origens, regiões que abrangem o Polo Cuesta e Vale do Jurumirim.

O vídeo possui como conteúdo um roteiro instrucional exclusivamente direcionado aos profissionais enfermeiros que atuam nesta área.

Os conteúdos instrucionais do vídeo foram estruturados a partir dos resultados obtidos com a análise de conteúdo do estudo qualitativo. As categorias e os temas que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas realizadas foram essenciais para elaboração do produto.

O vídeo educativo é denominado de : Guia Ficha de Urgência AVC e pode ser acessado pelo seguinte link: <https://www.youtube.com/watch?v=7dwq2UMs9o0>

Acredita-se que o conteúdo elaborado em formato de vídeo contribuirá para os treinamentos e educação permanente dos colaboradores que trabalham na regulação de vaga do AVC em fase hiperaguda nos seguintes aspectos: qualificar os encaminhamentos dos pacientes ao hospital de referência; proporcionar confiança ao profissional durante o desempenho de suas funções; agilizar providências quanto ao repasse de informações às especialidades de forma sistematizada e otimizar a logística da solicitação.

As origens que poderão usufruir dessas orientações são: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Torre de Pedra, Porangaba, Itatinga, Conchas, São Manuel, Botucatu, Pardinho, Laranjal Paulista, Pereiras, OPratânia, Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Pirajú, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuπά.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a revisão bibliográfica realizada foi possível identificar que o diagnóstico e tratamento do AVC deve ser realizado o mais breve possível e que a perda de tempo resulta em sequelas definitivas ao paciente.

Observou-se que apesar desta necessidade apontada na literatura, ainda os pacientes que são atendidos em lugares com pouco recurso demoraram no aguardo por uma vaga em hospitais de referência devido a superlotação dos serviços e que as centrais de regulação tem papel crucial para ultrapassar esta barreira e garantir o acesso aos serviços.

Apesar da escassez de estudos na área de regulação com atuação do enfermeiro identificou-se que o profissional possui saberes específicos de gestão que contribuem para a organização do serviço, porém ainda faltam protocolos de urgência e emergência direcionadas a estes profissionais.

A elaboração desta pesquisa qualitativa possibilitou compreender a percepção dos enfermeiros que atuam na Regulação de Vagas do paciente com AVC em fase hiperaguda, como ocorre o processo comunicativo com as origens solicitantes, o processo de trabalho na atividade reguladora e a comunicação com a equipe médica até a finalização da ficha com aceite ou negativa do caso.

Percebeu-se que os enfermeiros entrevistados são envolvidos com a atividade, sentem-se motivados no setor, possuem emponderamento profissional na função e reconhecem a comunicação como uma ferramenta de extrema importância para a garantia do sucesso na prestação da assistência a este paciente que se encontra em situações de urgência e emergência. Também são e estão conscientes do papel do NIR e da grandeza deste serviço dentro de um hospital e também como primordial na interface entre os serviços.

No entanto, durante o processo de trabalho há necessidade de melhorias em relação a instrumentos e protocolos, foram detectados alguns aspectos referentes ao processo de comunicação entre profissionais da origem, CROSS, NIR e serviço médico-assistencial.

Dentre as principais dificuldades encontradas, destacam-se: a falta de capacitação adequada dos plantonistas das origens no que se refere ao preenchimento da ficha de urgência. Esta falha retarda todo o processo de liberação de vaga e causa estresse e ansiedade do profissional e consequente dano ao paciente. Há necessidade de implantação de educação continuada aos profissionais da regulação no quesito de peculiaridades do AVC como tempo de janela terapêutica assim como a necessidade de melhorias de comunicação entre equipe assistencial. A dificuldade de acesso a equipe médica responsável pelo aceite dos casos resulta

em perda de janela terapêutica e anseio ao profissional regulador.

As insatisfações levantadas remetem às falhas no processo comunicativo entre os profissionais, que pode acarretar prejuízo, tanto aos trabalhadores quanto aos usuários.

A comunicação deve ser instrumento de interação, ensino, aprendizagem, crescimento e desenvolvimento entre as partes envolvidas buscando contribuir para a construção e alcance do objetivo almejado. Especificamente para a área de urgência e emergência, o processo comunicativo deve ser usado como ferramenta contínua propiciadora de segurança e clareza aos profissionais pelo fato de lidarem diariamente com situações estressantes que requerem atenção redobrada e perfeito entendimento das informações transmitidas.

Para que se alcance a efetividade no serviço e para minimizar as falhas no processo comunicativo, sugere-se a implementação de capacitação aos profissionais do NIR quanto às peculiaridades do tratamento de AVC em fase hiperaguda.

Sugere-se também um treinamento destinado aos profissionais das origens que preenchem a ficha de regulação, com orientações sobre a necessidade de todas as informações e dados do paciente para a boa comunicação durante a regulação, otimizando o tempo deste processo resultando em menor tempo de espera ao paciente pela vaga.

Faz-se também necessária a elaboração de ferramenta de regulação mais adequada ao perfil do serviço em relação ao contato com a equipe médica seja através de Bips ou códigos de AVC e a realização de reuniões regulares no serviço para avaliação do processo de trabalho.

As autoras constataram neste estudo, na revisão integrativa de literatura, escassos artigos sobre o tema. Estudos dessa natureza devem ser estimulados e com investimento em pesquisas na área de Regulação.

Na graduação dos profissionais de enfermagem a temática é pouco abordada e sugere-se a inclusão de conteúdos da temática, assim como nos estágios da prática.

Sugere-se que em pesquisas futuras sejam abordadas a temática da regulação e tempo de espera por vaga dos pacientes fora da janela terapêutica nas Unidades de Referência em AVC.

Pretende-se implementar as capacitações nas origens e a utilização do vídeo elaborado para essa finalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n°1.559, de 1° de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.
2. Alves H. Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. *Ciênc. saúde colet.*, 2019; 24(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.30182018>.
3. Vilarins GCM, Shimizui HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em debate*. 2012;36(95):640-647.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Centro de Educação e Assessoramento Popular pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE; 2009.
7. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2012; 46(3): 571-576.
8. Governo do Estado de São Paulo. Serviço Social da Construção. Central de regulação de ofertas de serviços de saúde. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/apresentacao\\_conselho\\_estadual\\_de\\_saudev2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagens-noticias/apresentacao_conselho_estadual_de_saudev2.pdf)>. Acesso em: 04 set. 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Feliciello D, Villalba JP. Regulação da saúde no SUS. Campinas, SP: UNICAMP/NEPP/AGEMCAP; 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/>>. Acesso em: 04 set. 2017
12. Vilarins GCM. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde.*, 2010; 21(1): 81-84.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
14. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
15. Soares VS. Análise dos núcleos internos de regulação hospitalares de uma capital. *Gestão e economia em Saúde*. Einstein. 2017;15(3):339-43.
16. Abramczuk B, Vilella E. A luta contra o AVC no Brasil. *Com Ciência*, 2009; (109):582. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler>> Acesso em: 8 set.2017
17. Castro CL. Atuação da enfermagem a pacientes com acidente vascular cerebral na urgência e emergência [Monografia]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
18. Andersen KK, Olsen TS. The obesity paradox in stroke: lower mortality and lower risk of readmission for recurrent stroke in obese stroke patients. *Int J Stroke*. 2015;10(1): 99-104. doi:10.1111/ijss.12016.
19. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm>>. Acesso em: 4 set. 2017.
20. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 2008; 30:205-6.
21. Oliveira RMC, Andrade LAF. Acidente vascular cerebral. *RevBrasHipertens*, 2001; 8(3).
22. Cabral NL. Avaliação da incidência, mortalidade e letalidade por doenças cerebrovasculares em Joinville, Brasil: comparação entre o ano de 1995 e o período de 2005-6 (Projeto JOINVASC) [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
24. Lima CPNC, Costa MML, Soares MJG. O perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidentes vasculares cerebrais. *Rev. Enferm. UFPE online*, 2009; 3(4): 857- 63. DOI: 10.5205/reuol.581-3802-1-RV.0304200909.
25. Cabral NL. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. *ComCiência*, 2009; (109).
26. Brasil. Ministério da Saúde. AVC: governo alerta para principal causa de mortes. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7920/893/avc:-governo-alertapara-principal-causa-de-mortes.html>. Acesso em: 25 jun. 2018.
27. Toazza R. Avaliação neurocognitiva em pacientes pós AVC: uma revisão sistemática da literatura [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

28. Cancela DMG. O acidente vascular cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação [Monografia]. Porto: Universidade Lusíada do Porto; 2008.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
30. Umphred D, Carlson C. Reabilitação neurológica prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
31. Roach ES, Golomb MR, Adams R, Biller J, Daniels S, de Veber G, et al. Management of stroke in infants and children: a scientific statement from a special writing group of the American Heart Association Stroke Council and the Council on Cardiovascular Disease in the Young. *AHA Scientific Statement*, 2008; 39(9):2644-2691. Disponível em: <<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.189696>> Acesso em: 8 julho.2017.
32. Smeltzer SC, Bare BG. Enfermagem médico cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Parecer técnico/científico: O uso do Alteplase (rt – PA) no acidente vascular cerebral isquêmico. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
34. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. *Arq. Neuro-psiquiatr.*, 2001;59(4):972-80.
35. Ministério da Saúde. Portaria n° 664, de 12 de abril de 2012. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html)>. Acesso em: 16 jan. 2019.
36. European Stroke Organization (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *cerebrovascular diseases. Cerebrovasc Dis.*, 2008;25(5):457-507.
37. Anderson P. Novas diretrizes de AVC estendem trombectomia para 24 horas. Fev. 2018. Disponível em: <[https://portugues.medscape.com/verartigo/6502009#vp\\_4](https://portugues.medscape.com/verartigo/6502009#vp_4)>. Acesso em 21 març. 2019.
38. Santos SNR. Uso de trombolíticos em pacientes com acidente vascular isquêmico [monografia]. Salvador: Universidade Castelo Branco; 2011.
39. Ministério da Saúde. Portaria n° 665, de 12 de abril de 2012. Institui as Linhas de Cuidado do AVC. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html)>.0. Acesso em: 16 jan. 2019.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
41. Vilarins GC, Shimizui HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em debate*. 2012; 36(95):640-647.
42. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, 2009;22(4):434-438. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2016.
43. Santos CMC; Pimenta CAM; Nobre MRCN. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino Americana de Enfermagem*, 2007;15(3):508-511.
44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
45. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
46. São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, (246):1, 2006.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/>>. Acesso em: 03 mar 2016.
48. Cadilhac DA, Ibrahim J, Pearce DC, Ogden KJ, McNeill J, Davis SM, et al. Multicenter comparison of processes of care between Stroke Units and conventional care wards in Australia. *Stroke*. 2004;35(5):1035-40.
49. Gawryszewski B, Oliveira AR, Tosoli DC, Gomes AM. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação Physis. *Revista de Saúde Coletiva*, 2012;22(1):119-140.
50. Rocha TB. Vivências do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: Detalhes de um grande desafio [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
51. Castro CL. Atuação da enfermagem a pacientes com acidente vascular cerebral na urgência e emergência [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

52. Baatiema L, Otim M, Mnatzaganian G, Aikins AD, Coombes J, Somerset S. Towards best practice in acute stroke care in Ghana: a survey of hospital services. *BMC Health Serv Res*, 2017;17(1):108.
53. Andrade MM. Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
54. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*, 2010;44(3):559-65.
55. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007;19(6):349-357.
56. TelessaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Manual de rotinas para atenção ao AVC, Ministério da Saúde (2013).
57. Santos LB, Brito AMG, Sousa AAD, Caballero AD, Freitas DA, Santos LCG. Intervención Del enfermero en emergencia y el uso de La clasificación de riesgo. *Rev Digital [Internet]*. 2014 Aug [cited 2017 Apr 11]; 19(195).
58. William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, Teri Ackerson, Opeolu M. Adeoye, Nicholas C. Bambakidis, Kyra Becker, José Biller, Michael Brown, Bart M. Demaerschalk, Brian Hoh, Edward C. Jauch, Chelsea S. Kidwell, Thabele M. Leslie-Mazwi, Bruce Ovbiagele, Phillip A. Scott, Kevin N. Sheth, Andrew M. Southerland, Deborah V. Summers, David L. 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, Tirschwell and on behalf of the American Heart Association Stroke Council. *Stroke*. 2018.
59. Vituri DW, Inoue KC, Bellucci Júnior JÁ, Oliveira CA, Rossi RM, Matsuda LM. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013 Sept/Oct; 21(5):1179-87.
60. Asplund K, Sukhova M, Wester P, Stegmayr B, Riksstroke Collaboration. Diagnostic procedures, treatments, and outcomes in stroke patients admitted to different types of hospitals. *Stroke*. 2015 Mar; 46(3):806–12.
61. Mendes ACG. Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos. Recife. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
62. Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. *Rev esc enferm USP*. 2014.
63. Dalri RC, Robazzi ML, Silva LA. [Occupational hazards and changes in health among Brazilian professionals nursing from urgency and emergency units]. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2):69-81. Portuguese.

64. Pontes Neto, O. M; Silva,G.S.; Feitosa, M.R.; Figueiredo,N.L; Fiorot Junior J.A.; Rocha,T.N.; Massaro, A.R; Leite, J.P. StrokeAwareness in Brazil: AlarmingResults in a Community-BasedStudy. *Stroke*. 39:292-296. 2008.
65. Santos MT, Lima MADS, Zucatti PB. Elder friendly emergency services in Brazil: necessary conditions for care. *Rev esc enfermUSP*. 2016 July/Aug;50(4):592-9.
66. Canever BP, et al. Processo de formação e inserção no mercado de trabalho: uma visão dos egressos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.2014;1(35):87-93.
67. Santos MC, Bernardes A. Communication of the nursing team and its relationship with management in health institutions. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 June; 31(2):359-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200022>.
68. PüschelVAA, Costa D, Reis PP, Oliveira LB, Carbogim FC. Nurses in the labor market: professional insertion, competencies and skills. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(6):1220-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0061>
69. Koerich MS, BackesDS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al.2006. tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Contexto Enferm, Florianópolis*, 2006; 15 (Esp): 178-85.
70. Lima DS, filho era. a importância do enfermeiro na implementação do protocolo de manchester nas unidades de urgência e emergência: uma revisão bibliografica. *anais do 14 simpósio de tcc e 7 seminário de ic da faculdade icesp*. 2018(14); 1142-1147
71. Bertoncello, K.C. 2014 Protocolo de enfermagem para dor torácica em um serviço de emergência hospitalar: aplicação e avaliação. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde, Florianópolis, 2014.
72. Santos, J E Cabral. Cuidados de enfermagem para pacientes com acidente vascular cerebral agudo em tratamento de trombólise: uma revisão narrativa. 2019. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.
73. Rodrigues, L.M. C; MeloT.M.T.C. Compilação técnico-científica acerca da auditoria e gestão de qualidade: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963*, v. 11, n. 3, p. 1489-1494, 2017.
74. Vieira AC, BertoncelloKCG, GirondiJBR, Nascimento ERP, HammerschmidtKSA, Zeferinho MT. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. *TextoContextoEnferm*. 2016; 25(1):1-7.
75. Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F. L., Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *RevistaEletrônica DeEnfermagem*,16(1), 211-9.

76. Juliani, CM, Casquel M; Ciampone, MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/27222>>.
77. Diretrizes Assistenciais Acidente Vascular Cerebral. Hospital Israelita. Albert Einstein.2011
78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
79. Silva IMBP. A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar [tese]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontífice Universidade Católica de São Paulo; 2006.
80. Silva ACC, Barros LCB, Barros CEC, Ferreira GE, Silva RF. Médicos e enfermeiras: o relacionamento numa unidade de emergência (UE). In: XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP); 9 a 11 out 2006; Fortaleza, CE; Anais do XXVIENEGEP; Fortaleza: ABEPRO; 2006. p. 1-9.

## ANEXO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepção dos Enfermeiros de Regulação do acidente Vascular Cerebral em fase Hiperaguda

**Pesquisador:** JANAINA CRISTINA CELESTINO SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 90150518.1.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.725.025

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se os autos de resposta do pesquisador referente ao questionamento do parecerista constante no Parecer nº 2.705.738 de 11 de junho de 2018 sobre o Projeto intitulado "Percepção dos Enfermeiros de Regulação do acidente Vascular Cerebral em fase Hiperaguda". A pendência relatada foi em relação ao TCLE, para inserir os dados completos do CEP (telefone, endereço e horário de funcionamento) e os dados da Pesquisadora e Orientadora (telefone e endereço). Em sua resposta a pesquisadora respondeu satisfatoriamente ao quesito.

**Objetivo da Pesquisa:**

Já relatado no Parecer nº 2.705.738 de 11 de junho de 2018 pelo CEP.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já relatado no Parecer nº 2.705.738 de 11 de junho de 2018 pelo CEP.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Já relatado no Parecer nº 2.705.738 de 11 de junho de 2018 pelo CEP.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora atendeu à solicitação do parecerista, adequando o TCLE com os dados do CEP e das pesquisadoras.

**Recomendações:**

-

<b>Endereço:</b> Chácara Butignolli, s/n	<b>CEP:</b> 18.618-970
<b>Bairro:</b> Rubião Junior	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> BOTUCATU
<b>Telefone:</b> (14)3880-1609	<b>E-mail:</b> cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.725.025

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 19 de junho de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1112667.pdf	13/06/2018 10:46:15		Aceito
Outros	perguntaserespostas.pdf	13/06/2018 10:45:35	JANAINA CRISTINA CELESTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/06/2018 10:42:57	JANAINA CRISTINA CELESTINO SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	14/05/2018 17:35:34	JANAINA CRISTINA CELESTINO SANTOS	Aceito
Outros	FolhaDeRostoAssinada.pdf	14/05/2018 17:35:18	JANAINA CRISTINA CELESTINO	Aceito
Outros	TCUD.pdf	14/05/2018 17:32:42	JANAINA CRISTINA CELESTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	14/05/2018 17:31:46	JANAINA CRISTINA CELESTINO SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	24/04/2018 16:22:44	JANAINA CRISTINA CELESTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O presente estudo intitulado **COMPREENDENDO A REGULAÇÃO DE VAGA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM FASE HIPERAGUDA: CONSTRUÇÃO DE MATERIAL INSTRUCIONAL** tem como Objetivo: Compreender as experiências dos enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação- Regulação Externa na regulação dos casos de AVC e Elaborar um protocolo do processo de trabalho para estes enfermeiros, para a eficácia da regulação e seu tempo utilizado; Trata-se de um estudo que faz parte da conclusão do curso de pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, que será apresentado pela aluna Janaína Cristina Celestino Santos. O presente estudo é de caráter voluntário, cada participante receberá um nome fictício, e poderá interromper sua participação no estudo em qualquer momento do mesmo. As entrevistas serão gravadas mediante autorização do participante e o conteúdo será descartado oportunamente, as informações nelas contidas serão utilizadas com fim exclusivo para o estudo. A entrevista terá o tempo de duração de 30 minutos no ambiente de trabalho do enfermeiro em sala privativa para preservar a privacidade do entrevistado. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação neste estudo, pois fui informado (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, coerção dos objetivos, da justificativa, das perguntas as quais serei submetido. Em caso de dúvidas, entre em contato com a pesquisadora pelo fone (14) 997360621 (Janaína).

Assinatura da pesquisadora:

---

Assinatura do (a) entrevistado(a): \_\_\_\_\_

Botucatu(SP), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018

**APÊNDICE B****Roteiro Para Entrevista**

Codinome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Quanto tempo trabalha na função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

**Questões Norteadoras**

1. O que você compreende por AVC em Janela?
2. Como você experiência enquanto enfermeiro(a) o processo de regulação do AVC em Janela?

Entrevista transcrita na íntegra:

## APÊNDICE C

### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Janaína Cristina Celestino Santos, aluna de pós-graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**COMPREENDENDO A REGULAÇÃO DE VAGA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM FASE HIPERAGUDA: CONSTRUÇÃO DE**

**MATERIAL INSTRUCIONAL**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no Prontuário Eletrônico do Sistema MV Soul de acesso restrito, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele as pessoas não envolvidas no projeto de pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP.

Botucatu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Janaína Cristina Celestino Santos