



Open Science Research

VI



editora
científica digital

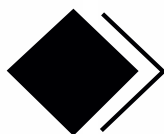


Open Science Research



VI

1ª EDIÇÃO



editora
científica digital

2022 - GUARUJÁ - SP



EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA
Guarujá - São Paulo - Brasil
www.editoracientifica.org - contato@editoracientifica.org

Diagramação e arte	2022 by Editora Científica Digital
Equipe editorial	Copyright© 2022 Editora Científica Digital
Imagens da capa	Copyright do Texto © 2022 Autores e Autoras
Adobe Stock - licensed by Editora Científica Digital - 2022	Copyright da Edição © 2022 Editora Científica Digital
Revisão	Acesso Livre - Open Access
Autores e Autores	

Organização

O conteúdo dos capítulos e seus dados e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e autoras. É permitido o download e compartilhamento desta obra desde que pela origem e no formato Acesso Livre (Open Access) com os créditos atribuídos aos respectivos autores e autoras, mas sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma, catalogação em plataformas de acesso restrito e utilização para fins comerciais.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

061

Open science research VI / Editora Científica Digital (Organização). – Guarujá-SP: Científica Digital, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5360-212-0

DOI 10.37885/978-65-5360-212-0

1. Ciências. 2. Coletânea multidisciplinar. I. Editora Científica Digital (Organização). II. Título.

CDD 501

Elaborado por Janaina Ramos – CRB-8/9166

E-BOOK
ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

2022

Direção Editorial

Reinaldo Cardoso

João Batista Quintela

Assistentes Editoriais

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

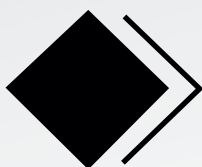
Bibliotecários

Maurício Amormino Júnior - CRB-6/2422

Janaina Ramos - CRB-8/9166

Jurídico

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852



editora

científica digital

Triagem de Manchester do paciente com acidente vascular cerebral: dificuldades de enfermeiros brasileiros e portugueses

| **Anna Caroline Leite Costa**

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

| **Selme Silqueira de Matos**

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

| **Léia Arcanjo Mendes**

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

| **Alexandre da Silveira Sete**

Hospital Felício Rocho

| **Brisa Emanuelle Silva Ferreira**

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

| **Leonel São Romão Preto**

Instituto Politécnico de Bragança

| **Ângela Maria Leite Costa**

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

RESUMO

Objetivo: Identificar dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem durante a Triagem de Manchester, em especial na suspeita de AVC, em um hospital português e um brasileiro. **Método:** Estudo quantitativo, com abordagem descritiva e recorte transversal realizado com 21 enfermeiros portugueses e 10 enfermeiros brasileiros. O projeto foi aprovado nos respectivos comitês de ética das instituições de estudo. **Resultados:** A maioria dos participantes eram do sexo feminino, e a média de idade dos enfermeiros portugueses foi de 39,7 anos, enquanto dos brasileiros foi de 32,8. O tempo médio de experiência em serviço de urgência foi de 9,5 anos entre os portugueses e 6,8 anos para os brasileiros. Os participantes brasileiros indicaram maior dificuldade em lidar com número elevado de pacientes em relação à real capacidade do serviço. A maior parte dos respondentes de ambos os países relataram que os critérios de ativação da via verde/fluxo do Acidente Vascular Cerebral não eram uma dificuldade para eles. A informação quanto ao tempo de início dos sintomas por parte dos pacientes demonstrou-se como uma dificuldade. **Conclusão:** Os achados favorecem as discussões sobre a temática e contribuem para a identificação de pontos passíveis de melhorias na triagem do paciente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Triagem, Hospitais de Emergência, Equipe de Enfermagem, Enfermagem em Emergência.

■ INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre quando há interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, resultando em hipóxia e morte celular (JOHNSON, ONUMA, OWOLABI, SACHDEV, 2016). Este pode se dividir em dois tipos: o hemorrágico, decorrente de ruptura de um vaso intracraniano, e o isquêmico, que é caracterizado por ausência de perfusão sanguínea, geralmente decorrente de trombose, embolia ou doença de pequenos vasos (KELLY, 2011). Os sinais e sintomas do AVC dependem do local em que ocorrem no cérebro, podendo incluir um ou mais dos seguintes: paralisia facial, hemiparesia, hemiplegia, alteração da sensibilidade, alterações da fala como afasia ou disartria, perda da visão, disfunção visuo-espacial, perda de equilíbrio, tontura, náusea e vômito (SOUSA, 2016).

A Organização Mundial de Saúde estima que o AVC é a terceira principal causa de mortes no mundo, além de resultar em sequelas motoras ou cognitivas, limitando a execução de atividades de vida diária e aumentando os anos de vida potencialmente perdidos (SOUSA, 2016; BATISTA, SANTOS, SILVA, OLIVEIRA, 2020). Nos últimos 15 anos, a mortalidade em decorrência do AVC tem aumentado no cenário mundial, atingindo o valor de 15,2 milhões no ano de 2016 (LOBO, *et al.*, 2019). E este valor tende à ascensão, considerando a expectativa de aumento da população idosa mundial, e a relação direta entre a incidência do AVC e o envelhecimento populacional (LOBO, *et al.*, 2019).

Em Portugal, o AVC representa a principal causa de morte, e a incidência da patologia é uma das mais altas dentre os países europeus (KELLY, 2011). No Brasil, no ano de 2017, foram registradas 101,1 mil mortes decorrentes da doença, de modo que o país está entre os dez com maiores índices de mortalidade decorrentes do AVC (LOBO, *et al.*, 2019).

Sabe-se que uma intervenção rápida e eficaz tende a reduzir os potenciais danos associados à ocorrência da doença (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018). Sendo assim, deve-se investir em estratégias que possibilitem a intervenção em momento oportuno, tal como um eficiente processo de triagem (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018). A triagem, ou classificação de risco, é um método que visa organizar e sistematizar o atendimento de pacientes, conferindo prioridade conforme a indicação clínica, minimizando os danos relacionados à superlotação dos serviços de urgência (CARVALHO, *et al.*, 2018; COSTA, TORRES, SOUSA, 2022).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um método amplamente utilizado no cenário mundial, incluindo as instituições de saúde brasileiras e portuguesas (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018; CARVALHO, *et al.*, 2018; FRANCO, *et al.*, 2018).

Este sistema permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado para cada caso clínico até a avaliação médica (GRUPO

BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018), padronizando a triagem por meio da classificação do paciente em cinco categorias que indicarão o tempo apropriado entre a triagem e o primeiro contato com o profissional médico (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018; CARVALHO, *et al.*, 2018; FRANCO, *et al.*, 2018).

Caso seja identificada situação de risco, o atendimento do paciente deve ocorrer de modo precoce (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2018). Desse modo, considerando a importância da abordagem terapêutica precoce no caso do AVC, o STM tem se demonstrado como ferramenta auxiliar na identificação imediata de sinais de risco (CARVALHO, *et al.*, 2018; FRANCO, *et al.*, 2018). Todavia, se faz necessária a implementação de estratégias que garantam o atendimento adequado e oportuno após a identificação do risco durante a triagem (COSTA, *et al.*, 2020).

As instituições de saúde portuguesas têm utilizado fluxos internos denominados Via Verde do AVC (VVAC), que consiste na realização de triagem, diagnóstico e terapêutica eficaz do AVC (COSTA, *et al.*, 2020). Fluxo semelhante também é relatado em um Hospital Filantrópico localizado em Belo Horizonte, no sudeste brasileiro (HOSPITAL FELÍCIO ROCHO, 2021).

Para que tais fluxos sejam adequadamente acionados, é necessário garantir uma triagem eficaz. O profissional que usualmente executa tal tarefa é o enfermeiro, e espera-se que este seja capaz de reconhecer os sintomas neurológicos que sugerem o AVC (COSTA, *et al.*, 2020; SANTOS, 2019).

Considerando-se a demanda dos enfermeiros frente as necessidades de pacientes com AVC, é importante compreender suas dificuldades e limitações para que sua função seja exercida de maneira ágil e eficiente, evitando desfechos desfavoráveis (COSTA, *et al.*, 2020). Além disso, conhecer a opinião desse profissional tende a representar a compreensão do seu processo de trabalho e os fatores que afetam no desenvolvimento do mesmo.

No entanto, poucos estudos abordam as dificuldades e percepções do profissional no processo de triagem (COSTA, *et al.*, 2020; CARMO, SOUZA, 2018), e não foram identificados estudos com tal abordagem envolvendo profissionais de diferentes países, mas com instrumentos de classificação semelhantes.

Diante do exposto, surgiu a seguinte pergunta: quais as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem envolvidos na triagem por meio do STM em pacientes com suspeita de AVC em um hospital português e em um hospital brasileiro?

O objetivo deste estudo, então, é identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem durante o processo de triagem pelo STM, em especial na suspeita de AVC, em dois hospitais, sendo um português e o outro brasileiro.

■ MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo quantitativo com abordagem descritiva e recorte transversal para identificar as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem durante o processo de triagem e ativação da Via Verde. O desenho da pesquisa baseou-se na estratégia STROBE para estudos quantitativos.

Local de Estudo

O estudo foi realizado em uma unidade hospitalar pública do norte de Portugal (que será identificado como HP), no município de Bragança, e em um Hospital Filantrópico do sudeste brasileiro (que será identificado como HB), localizado no município de Belo Horizonte.

Participantes do Estudo

A população do estudo foi composta por enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do HP e no Pronto Atendimento do HB, que realizam habitualmente a triagem e que acionam a VVAVC (HP) ou o fluxo do AVC (HB). Todos os profissionais de todos os turnos do HP participaram da pesquisa. Enquanto duas profissionais do hospital brasileiro foram excluídas em decorrência de licença médica e férias, resultando em uma amostra de 21 enfermeiros (as) portugueses (as) e 10 enfermeiros(as) brasileiros(as).

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu em maio de 2017 no HP e em outubro de 2019 no HB, por meio da aplicação de questionário estruturado e desenvolvido pelos próprios pesquisadores após revisão de literatura acerca da temática triagem do AVC e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros durante o processo de triagem (JOHNSON, ONUMA, OWOLABI, SACHDEV, 2016; KELLY, 2011; CHIANCA, *et al.*, 2016; ZACHARIASSE, *et al.*, 2017). Na sequência, o instrumento foi validado por três enfermeiros especialistas que realizaram adequações no conteúdo, na apresentação e na gramática visando a melhor compreensão por parte dos participantes.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes, em que a primeira correspondia aos dados de caracterização demográfica e a formação e atuação profissional, enquanto a segunda parte contemplou aspectos relacionados com o processo de triagem.

A segunda parte do questionário foi composta por 20 questões do tipo *Likert*, em que 16 abordavam as dificuldades encontradas pelos profissionais no processo de triagem por

meio do STM, enquanto as demais abordavam as especificidades na triagem do paciente com suspeita de AVC.

Ressalta-se que as escalas do tipo Likert são instrumentos psicométricos em que o nível de concordância do leitor em relação a determinadas afirmações torna-se passível de mensuração em graus de concordância (MATAS, 2018).

Para cada questão, foram apresentadas cinco alternativas de resposta: (a) Discordo totalmente (b) Discordo parcialmente (c) Não concordo nem discordo (d) Concordo parcialmente (e) Concordo totalmente.

A coleta de dados decorreu da aplicação do questionário por dois pesquisadores em Portugal, sendo que um desses também foi responsável pela coleta dos dados no Brasil. Nos dois cenários, a coleta ocorreu durante a jornada de trabalho dos profissionais respondentes.

Análise dos Dados

Os dados coletados foram transcritos no programa Microsoft Excel® e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences - SPSS®* versão 19, realizando o teste de normalidade seguido de análise estatística, sendo obtidas as frequências absolutas e relativas das variáveis.

Aspectos Éticos

Todos os participantes foram orientados e consentiram em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado nos respectivos comitês de ética das instituições de estudo, com número de apreciação 2017/1094 no HP e 3.379.771 no HB e CAAE: 12989018.4.0000.5125.

■ RESULTADOS

Participaram da pesquisa 21 enfermeiros portugueses e 10 brasileiros. Dos participantes do HP, 71,4% eram do sexo feminino e com média de idade de 39,7 anos (desvio padrão $\pm 7,3$). Quanto ao tempo de profissão, a média foi de 10,5 anos (desvio padrão $\pm 6,0$), enquanto especificamente no serviço de urgência, a média do tempo de serviço foi de 9,5 anos (desvio padrão $\pm 6,2$). Em relação ao tempo decorrido desde o último curso ou reciclagem do STM, a média foi de 7,4 anos (desvio padrão $\pm 4,3$).

Em relação aos participantes do HB, 80% eram do sexo feminino, com média de idade de 32,8 anos (desvio padrão $\pm 4,6$). Em relação ao tempo de atuação profissional, a média foi de 8,0 anos (desvio padrão $\pm 3,3$). Enquanto a média de anos atuando especificamente

no serviço de urgência foi de 6,8 anos (desvio padrão $\pm 3,3$). Quanto ao tempo decorrido desde o último curso ou reciclagem do STM, a média foi de 4,6 anos (desvio padrão $\pm 3,1$).

Os resultados referentes às dificuldades encontradas pelos profissionais na triagem de pelo Protocolo de Manchester estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1. Dificuldades encontradas pelos profissionais na triagem de utentes pelo Protocolo de Manchester – Portugal, 2017 (n: 21) e Brasil, 2019 (n: 10).

Dificuldades encontradas pelos profissionais	Taxa de concordância (porcentagem de respostas válidas)									
	*A		**B		***C		#D		##E	
	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)
1. Sinto-me confortável ao executar a atividade de triagem	3 (14,3)	2 (20)	5 (23,8)	0	0	1 (10)	6 (28,6)	2 (20)	7 (33,3)	5 (50)
2. O processo de triagem pelo Sistema de Triagem Manchester é uma dificuldade para mim	10 (47,6)	8 (80)	9 (42,9)	1 (10)	0	0	2 (9,5)	1 (10)	0	0
3. O processo de triagem informatizado é uma dificuldade para mim	13 (61,9)	10 (100)	5 (23,8)	0	2 (9,5)	0	1 (4,8)	0	0	0
4. Executar outras tarefas, além da triagem, é uma dificuldade para mim	13 (61,9)	5 (50)	4 (19)	0	3 (14,3)	0	1 (4,8)	2 (20)	0	3 (30)
5. A insegurança que sinto em realizar a triagem é uma dificuldade para mim	11 (52,4)	7 (70)	6 (28,6)	0	2 (9,5)	0	2 (9,5)	2 (20)	0	1 (10)
6. A minha inexperiência na triagem é uma dificuldade para mim	14 (66,7)	6 (60)	2 (9,5)	1 (10)	2 (9,5)	0	3 (14,3)	2 (20)	0	1 (10)
7. O receio em atrasar o acesso de um utente ao serviço é uma dificuldade para mim	9 (42,7)	3 (30)	4 (19)	2 (20)	3 (14,3)	0	5 (23,8)	2 (20)	0	3 (30)
8. O perfil clínico dos utentes é uma dificuldade para mim	8 (38,1)	8 (80)	4 (19)	1 (10)	6 (28,6)	0	3 (14,3)	1 (10)	0	0
9. O número elevado de utentes em relação à real capacidade do serviço é uma dificuldade para mim	5 (23,8)	1 (10)	4 (19)	2 (20)	6 (28,6)	0	3 (14,3)	1 (10)	3 (14,3)	6 (6)
10. O questionamento da classificação pelo profissional médico é uma dificuldade para mim	7 (33,3)	3 (30)	2 (9,5)	2 (20)	10 (47,6)	0	1 (4,8)	4 (40)	1 (4,58)	1 (10)
11. O questionamento da classificação por parte dos utentes é uma dificuldade para mim	5 (23,8)	4 (40)	7 (33,3)	3 (30)	8 (38,1)	0	1 (4,8)	2 (20)	0	1 (10)
12. O questionamento da classificação por outros profissionais de enfermagem é uma dificuldade para mim	4 (19)	7 (77,8)	4 (19)	1 (11,1)	10 (47,6)	0	3 (14,3)	1 (11,1)	0	0
13. O questionamento dos utentes quanto ao tempo de demora no atendimento e à falta de informação acerca da classificação atribuída é uma dificuldade para mim	5 (23,8)	1 (10)	6 (28,6)	3 (30)	6 (28,6)	0	4 (19)	4 (40)	0	2 (20)
14. As queixas inespecíficas apresentadas pelos utentes são uma dificuldade para mim	3 (14)	5 (55,6)	9 (42,7)	10 (11,1)	2 (9,5)	0	6 (28,6)	1 (11,1)	1 (4,8)	2 (22,2)
15. O agravamento do estado de saúde de um paciente em decorrência do tempo de espera é uma dificuldade para mim	4 (19)	3 (30)	10 (47,6)	3 (30)	0	0	7 (33)	2 (20)	0	2 (20)
16. A violência verbal e física dos utentes e seus familiares é uma dificuldade para mim	1 (4,8)	1 (10)	5 (23,9)	2 (20)	3 (14,3)	0	8 (38,1)	1 (10)	4 (19)	6 (60)

*A-Discordo totalmente **B-Discordo parcialmente ***C- Não concordo nem discordo #D-Concordo parcialmente ##E-Concordo totalmente

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os participantes brasileiros indicaram que têm maior dificuldade em lidar com número elevado de pacientes em relação à real capacidade do serviço, tal como lidar com o questionamento dos pacientes e acompanhantes quanto ao tempo de demora no atendimento, à

falta de informação acerca da classificação atribuída, e o questionamento dos profissionais médicos quando a classificação atribuída ao usuário.

Os dados relacionados às dificuldades encontradas pelos profissionais durante a ativação da via verde (HP) ou do fluxo de atendimento ao AVC (HB) encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Dificuldades encontradas pelos profissionais na ativação do protocolo da via verde do Acidente Vascular – Portugal, 2017 (n: 21) e Brasil, 2019 (n: 10).

Dificuldades encontradas pelos profissionais	Taxa de concordância (porcentagem de respostas válidas)									
	*A		**B		***C		#D		##E	
	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)	HP n (%)	HB n (%)
Os critérios de ativação da via verde do AVC são uma dificuldade para mim	15 (71,4)	6 (60)	1 (4,8)	1 (10)	0	0	4 (19)	3 (30)	1 (4,8)	0
A gravidade do quadro dos utentes com AVC é uma dificuldade para mim	12 (57,1)	9 (90)	5 (23,8)	1 (10)	1 (4,8)	0	2 (9,5)	0	1 (4,8)	0
As possíveis complicações de um AVC são uma dificuldade para mim no momento da triagem	13 (61,9)	50 (50)	3 (14,3)	4 (40)	2 (9,5)	0	2 (9,5)	1 (10)	1 (4,8)	0
A informação inadequada relativa ao tempo de manifestação dos sintomas é uma dificuldade para mim	6 (28,6)	2 (20)	3 (14,3)	2 (20)	2 (9,5)	1 (10)	6 (28,6)	2 (20)	4 (19)	3 (30)

*A-Discordo totalmente **B-Discordo parcialmente ***C- Não concordo nem discordo #D-Concordo parcialmente ##E-Concordo totalmente

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Observa-se que a maior parte dos respondentes de ambos os países relataram que os critérios de ativação da via verde/fluxo do AVC não eram uma dificuldade para eles. Todavia, a informação quanto ao tempo de início dos sintomas por parte dos pacientes demonstrou-se como uma dificuldade.

■ DISCUSSÃO

A maioria dos participantes de ambos os hospitais eram do sexo feminino, e a média de idade dos enfermeiros portugueses foi de 39,7 anos, enquanto dos brasileiros foi de 32,8. Este achado está de encontro ao de estudo publicado em 2018, cujo objetivo foi a análise da confiabilidade do STM entre enfermeiros, em que a maioria dos participantes da pesquisa eram no sexo feminino e que a média da idade dos participantes era de 34,16 anos (SOUZA; 2018).

Em relação ao tempo de atuação em urgência, os resultados deste estudo demonstraram que os enfermeiros possuíam participantes já possuíam experiência. Estudo desenvolvido com 361 profissionais de enfermagem que atuam na urgência também apresentou que a maior parte dos profissionais possuíam mais de um ano de experiência (SOUZA; 2018).

O tempo de experiência contribui para que o profissional conheça as particularidades do setor e fluxos de atendimento, tal como contribui para a diminuição da insegurança do profissional no momento da classificação de risco, pois a prática profissional facilita a

identificação dos sinais e sintomas das doenças (DURO, LIMA, WEBER, 2017; SOUZA; 2018; QUARESMA, XAVIER, CEZAR- VAZ, 2019).

A maior parte profissionais de ambos os hospitais relataram, ainda, sentirem-se confortáveis executando a tarefa de triagem. Ressalta-se que o responsável pela classificação de risco deve promover a resolubilidade do problema apresentada pelo paciente ou sua transferência para o setor adequado (DURO, LIMA, WEBER, 2017; QUARESMA, XAVIER, CEZAR- VAZ, 2019). Sendo assim, deve ter conhecimento clínico e científico, segurança nas tomadas de decisão, além de ter uma visão completa do serviço em que atua, das redes de apoio e dos recursos humanos e materiais (DURO, LIMA, WEBER, 2017; QUARESMA, XAVIER, CEZAR- VAZ, 2019).

Das dificuldades enfrentadas no processo de classificação de risco, a maior parte dos profissionais de ambos os países consideraram que as queixas inespecíficas não eram um fator dificultador para eles. Dados da literatura indicam que a maior parte das queixas inespecíficas estão associadas com as classificações de baixa prioridade para o atendimento (JESUS, 2021). Ademais, profissionais com pelo menos um ano de experiência atuando na triagem tendem a enfrentar menor dificuldade na acurácia da classificação (SOUZA, 2018).

Nesta pesquisa, os profissionais brasileiros referiram que exercer outras atividades além da triagem é um fator dificultador para a execução do processo. Achado esse que está de encontro a outros estudos realizados no Brasil, em que o volume de serviço e a disponibilidade de recursos humanos insuficientes são fatores que comprometem o desempenho nas funções do trabalho (PEREIRA, 2020), e que podem levar ao estresse e adoecimento (ZORZAL, 2020). Apesar de os profissionais do HP não terem apresentado essa demanda, estudos portugueses também apontam que a sobrecarga de trabalho leva ao estresse e sofrimento, em especial em serviços que lidam no cuidado com o paciente crítico (MANUEL, ALVES, COELHO, 2021; BALDONEDO, *et al.*, 2018).

O quantitativo indevido de profissionais nos cenários de urgência induz os responsáveis pela triagem também atuarem na assistência direta à urgência, ocasionando um acúmulo de funções que resulta em elevação de demandas, exposição a conflitos e aumento do tempo de espera dos pacientes (OLIVEIRA, 2022). Ressalta-se que a qualidade da assistência em serviços de urgência é diretamente influenciada pela sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções durante os turnos de trabalho (COSTA, SANT'ANA, 2017).

O tempo de espera dos pacientes para obter atendimento, tal como a sobrecarga dos serviços de emergência também foram citados como um fator dificultador da atividade de triagem. O atraso no atendimento pode culminar em complicações para o paciente, além de gerar ansiedade ao profissional (PEREIRA, 2020; OLIVEIRA, 2022; COSTA, SANT'ANA,

2017). Ademais, pode resultar em conflitos envolvendo profissional e paciente ou o seu acompanhante (OLIVEIRA, 2022; COSTA, SANT'ANA, 2017).

Em relação aos conflitos nos cenários de urgência, estudo brasileiro indica um dos mais frequentes são gerados pelos questionamentos da equipe médica sobre a classificação de risco atribuída ao paciente pela equipe de enfermagem (CARAPINHEIRO, *et al.*, 2021). No presente estudo pode-se observar que os profissionais brasileiros relataram dificuldade em lidar com os questionamentos médicos, enquanto que aproximadamente metade dos portugueses optaram por não concordar e nem discordar.

Os protocolos da classificação de risco respaldam o trabalho do enfermeiro. Todavia, a redução desses conflitos ainda é um desafio, e que tem sido enfrentada com a justificativa detalhada da decisão tomada com base na queixa e a clínica apresentada pelo paciente (MANUEL, ALVES, COELHO, 2021). Ressalta-se que estudos realizados no Brasil e em países europeus demonstram que a acurácia da triagem pelo STM realizada por enfermeiros apresentou-se satisfatória, especialmente em pacientes com alta urgência de atendimento (DURO, LIMA, WEBER, 2017; ZACHARIASSE, *et al.*, 2017; COSTA, *et al.*, 2020; POWERS, *et al.*, 2019).

Neste estudo verificou-se que a maior parte dos enfermeiros não apontaram os critérios de ativação da VVAVC e do fluxo como um fator dificultador do processo de triagem do paciente com sinais e sintomas de AVC. Todavia, a informação inadequada relativamente ao tempo de início de manifestação dos sintomas apresenta-se como um desafio para os profissionais envolvidos na triagem do AVC.

A literatura indica que para que ocorra o correto acionamento da VVAVC e do fluxo para o atendimento desses pacientes, é importante que os enfermeiros saibam identificar corretamente os critérios de ativação (COSTA, 2020). Ademais, a correta informação quanto ao início dos sintomas é um ponto importante para o direcionamento de condutas (POWERS, *et al.*, 2019), incluindo o oportuno acionamento da VVAVC e do fluxo para o atendimento de pacientes com sintomas de AVC.

Desse modo, percebe-se a importância de utilizar instrumentos que orientem a tomada de decisão do enfermeiro na triagem de pacientes críticos, tal como o STM (BARREIRA, 2019). Em relação ao paciente com suspeita de AVC, além da triagem pelo Protocolo de Manchester, utilizar a VVAVC ou fluxos específicos de atendimento podem otimizar o atendimento a esse paciente, reduzindo o tempo de espera de atendimento e de intervenção oportuna, resultando no melhor prognóstico para esses pacientes (BARREIRA, 2019; SANTOS, PRATA, CUNHA, SANTOS 2021).

O processo de triagem conta com ferramentas, como o STM, que auxiliam na organização e sistematização do atendimento, otimizando a prioridade adequada dos atendimentos

conforme a gravidade do paciente. E, diante da complexidade dos pacientes com sintomas de AVC, fluxos internos, como os existentes nos cenários de estudo, conduzem a tomada de decisão, diminuindo o tempo de espera da intervenção indicada para que esses pacientes obtenham melhor prognóstico.

Limitações do estudo

A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores, mas que não passou pelo processo metodológico de validação de conteúdo, sendo validado por especialistas ligados aos pesquisadores.

Contribuições para a prática

Os dados contribuem para a identificação das fragilidades encontradas pela equipe de enfermagem na triagem pelo STM e ativação da VVAVC/fluxo do AVC, além de contribuir na gestão e planejamento de estratégias de melhorias dos processos, especialmente em serviços que são referência no atendimento de pacientes com suspeita de AVC.

■ CONCLUSÃO

Os enfermeiros com maior experiência em urgência se sentiram mais confortáveis com a triagem, apesar das dificuldades apontadas. Este estudo favorece as discussões sobre a temática e contribui para a identificação de pontos de fragilidade na triagem do paciente com suspeita de AVC.

Foram abordadas duas vias de ativação para a triagem e encaminhamento do paciente com suspeita de AVC em dois cenários distintos. Todavia, sugere-se estudos com diferentes abordagens em novos cenários, visando o aprofundamento na temática e identificação de pontos de melhoria na triagem desses pacientes, a fim de otimizar o seu atendimento e resultando no seu melhor prognóstico.

■ REFERÊNCIAS

1. BALDONEDO, Maria; et al. Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal. **Internat. J. on Working Conditions**, 2018, 15, p. 67-80.
2. BARREIRA, Ilda Maria Morais; et al. Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. **Rev. Enferm. Ref**, 2019, v. 4, n. 22, p.117-26.

3. BATISTA, Pamela Beatriz Caresto; SANTOS, Geisiandre Barbosa dos; SILVA, Ejandre Garcia Negreiros da; OLIVEIRA, Joanne Figueiredo de. O uso da hidroterapia como recurso na melhora da espasticidade muscular em pacientes com sequelas do AVC: uma revisão sistemática. **Rev. Eletr. Acervo Científico**, 2020, v. 11, p. e4046.
4. CARAPINHEIRO, Graça; et al. Os enfermeiros e o Manchester: reconfiguração do processo de trabalho e do cuidado em emergência? **Rev. Bras. Enferm.**, 2021, v. 74, n. 1, p. e20200450.
5. CARMO, Bruna Ambrosio; SOUZA, Gilberto. Atuação do enfermeiro na classificação de risco através do Protocolo de Manchester: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Acervo Saúde**, 2018; v. 11, p. 1081–8.
6. CARVALHO, Silas Santos; et al. Perception of a nursing team in the implantation of a reception with risk classification sector for pregnant women. **Rev. bras. saúde mater. Infant**, 2018, v. 18, n.2, p. 301-307.
7. CHIANCA, Tânia Couto Machado; et al. Tempos de espera para atendimento usando sistema de triagem de manchester em um hospital de urgência. **REME Rev. Min. Enferm.**, 2016, v. 20, p. e988.
8. COSTA, Anna Caroline Leite; et al. Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. **RPER**, 2020, v.3, n.2, p. 96-101.
9. COSTA, Ester Conceição; SANT'ANA, Fagner Rodrigues dos Santos. Jornada de trabalho do profissional de enfermagem e fatores relacionados à insatisfação laboral. **Rev. Eletr. Acervo Saúde**, 2017, v. 9, n. 4, p. 1140-5.
10. COSTA, Francisco; TORRES, Ruben; SOUSA, Clementina Fernandes. Triagem de Manchester: Percepções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influencia. **Referência**, 2022, Série VI, n.1, p. e21028.
11. COSTA, Jaqueline Pereira da, et al. Acurácia do Sistema de Triagem de Manchester em um serviço de emergência. **Rev. Gaúch. Enferm.**, 2020, n. 41, p.e20190327.
12. DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; WEBER, Luciana Andreassa Feil. Opinião de enfermeiros sobre classificação de risco em serviços de urgência. **REME Rev. Min. Enferm.**, 2017; v.21, p.e-1062.
13. FRANCO, Betina; et al. Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. **Rev Gaúch. Enferm**, 2018, v. 39, p. e2017-0131.
14. GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Versão brasileira. 2. ed. Belo Horizonte, Folium, 2018.
15. HOSPITAL FELÍCIO ROCHO. **Pronto atendimento geral**. Belo Horizonte: Hospital Felício Rocho; 2021.
16. JESUS, Ana Paula Santos de; et al. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. **Rev. Bras. Enferm.**, 2021, v. 74, n. 3, p. :e20201361.
17. JOHNSON, Walter; ONUMA, Oyere; OWOLABI, Mayoa; SACHDEV, Sonal. STROKE: a global response is needed. **Bull World Health Organ**, 2016, v. 94, n. 9, p. 634-634A.

18. KELLY, Michael A. STROKE: a modern history. **Am J Ther.** 2011; 18(1): 51-6.
19. LOBO, Pedro Giovanni Garonce Alves; et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. **Brazilian J of Health Review**, 2021, v.4, n.1, p. 3498-3505.
20. MANUEL, Tânia; ALVES, Paulo; COELHO, Patrícia. Qualidade de vida do enfermeiro no cuidado ao doente crítico: impacto das feridas no enfermeiro que executa o tratamento. **Cad. de Saúde**, 2021, v. 12(Esp), p. 99-100.
21. MATAS, Antonio. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. **Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag.**, 2018, v. 20, n. 1, p. 38-47.
22. MIRHAGI, Amir; MAZLOM, Reza; HEYDARI, Abbas; EBRAHIMI, Mohsen. The reliability of the Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. **J. Evid. Based. Integr. Med.**, 2017, v. 10, n.2, p. 129-35.
23. OLIVEIRA, Vera Lúcia Gomes de; et al. Sistema de Triagem Manchester: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na classificação de risco. **Res., Soc. and Dev.**, 2022, n.11, v. 1, p. e3911124358.
24. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 10 principais causas de morte no mundo Brasil. Brasília: OPAS, 2021.
25. PEREIRA, Anelise Bertolino; et al. Work weaknesses and potentials: perception of mobile emergency service nurses. **Rev. Bras. Enferm.**, 2020, v. 73, n.5, p. e20180926.
26. POWERS, William J; et al. **Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke**: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2019, v. 50, n. 12, p.e344-e418.
27. QUARESMA, Adrieli dos Santos; XAVIER, Daiani Modernel; CEZAR-VAZ, Marta Regina. O papel do enfermeiro na classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, 2019, v. 87, n.25.
28. SANTOS, Alice de Andrade; et al. Percepção de enfermeiros emergencistas acerca da atuação e preparo profissional. **Rev. Enferm. UFPE**, 2019, v. 13, n. 5. P.1387-93.
29. SANTOS, José Miguel; PRATA, Ana Paula; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; SANTOS, Margarida Reis. Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. **Enferm. Foco**, 2021, v. 12, n.2, p.346-53.
30. SILVA, Alessandra Dias Costa; et al. Caracterização dos atendimentos de um pronto-socorro público segundo o Sistema de Triagem de Manchester. **REME Rev. Min. Enferm.**, 2019, v. 23, p. e-1178.
31. SOUSA, Ismalia de. O papel do enfermeiro especialista em AVC num hospital de Londres: uma realidade distante ou próxima da portuguesa? **Nursing**. 2016.
32. SOUZA, Cristiane Chaves de; et al. Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement. **Rev. Latinoam. Enferm.**, 2018, v. 26, p.e3005.

33. ZACHARIASSE, Joany M.; et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: a prospective observational study. **PLoS One**, 2017, v. 12, n. 2, p. e0170811.
34. ZORZAL, Luciene Gonçalves da Costa. Níveis de estresse entre enfermeiros na classificação de risco em hospitais estaduais no Espírito Santo. **Enferm. Foco**, 2020, v. 11, n. 1, p. 131-135.