



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LUNA VITÓRIA CAJÉ MOURA

**MANEJO E ENCAMINHAMENTO DO IDOSO COM ACIDENTE
CEREBROVASCULAR NA EMERGÊNCIA: OFICINAS COM A EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

SALVADOR

2017

LUNA VITÓRIA CAJÉ MOURA

**MANEJO E ENCAMINHAMENTO DO IDOSO COM ACIDENTE
CEREBROVASCULAR NA EMERGÊNCIA: OFICINAS COM A EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção de título de Mestra. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Larissa Chaves Pedreira.

SALVADOR

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistemas de Biblioteca da UFBA

M929 Moura, Luna Vitória Cajé

Manejo e encaminhamento do idoso com acidente
cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de
enfermagem / Luna Vitória Cajé Moura. --Salvador, 2017.
157f.: il.

Orientador: Larissa Chaves Pedreira.
Dissertação (Mestrado- Enfermagem) -- Universidade
Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Enfermagem. 3. Idoso.
4. Educação Permanente. 5. Serviço Hospitalar de
Emergência. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Título.

CDU: 616-083

LUNA VITÓRIA CAJÉ MOURA


**MANEJO E ENCAMINHAMENTO DO IDOSO COM ACIDENTE
CEREBROVASCULAR NA EMERGÊNCIA: OFICINAS COM A EQUIPE DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

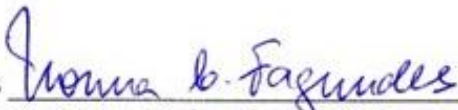
Aprovada em, 25/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira


Doutora em Enfermagem e Docente da Universidade Federal da Bahia


Norma Carapiá Fagundes


Doutora em Educação e Docente aposentada pela Universidade Federal da Bahia

Tânia Maria de Oliva Menezes


Doutora em Enfermagem e Docente da Universidade Federal da Bahia

Rosana Maria de Oliveira Silva


Doutora em Enfermagem e Docente da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas idosas que já sofreram AVC e às suas famílias que os ofertam apoio. Também aos demais idosos, e o faço repleta de esperança que o conhecimento aqui compartilhado possa contribuir para melhor assistência desta população em unidades públicas brasileiras. Dedico também aos profissionais de enfermagem atuantes nestas unidades públicas de emergência, pois guerreiam todos os dias, em circunstâncias adversas, para desempenhar suas práticas de cuidado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu criador e mantenedor, que me deu capacidade cognitiva, dedicação e resiliência para que este estudo fosse concluído e a vida de outras pessoas fosse influenciada por meio dele.

A Larissa Chaves Pedreira, a melhor orientadora que eu poderia ter. Obrigada por ter sonhado comigo para a realização deste estudo com uma metodologia tão desafiadora, porém, extremamente recompensadora. Agradeço pela paciência, cuidado, e pelas sábias palavras.

À minha família, meus pais, avó Antônia e tios. Por me estimularem sempre a ser a dar o meu melhor, e por perdoar os meus momentos de ausência e reclusão em prol da produção científica.

Ao meu noivo, Adson Rodrigues que me apoiou desde o início de minha trajetória no mestrado, sendo incentivador e compreendendo, também, meus momentos de ausência.

À professora Norma Fagundes, pelo apoio, incentivo e orientação quanto às nuances da Educação Permanente e da Pesquisa ação.

À professora Tânia Menezes, pela oportunidade de participar do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso, e nele aprender sempre mais sobre as peculiaridades destas pessoas. E pelas valiosas contribuições em cada etapa desta dissertação.

À professora Rosana Silva, por me acompanhar desde a época da Residência em Terapia Intensiva, participando de minhas bancas e me orientando a ser sempre uma profissional de excelência.

À minha amiga Alice de Andrade pela parceria de sempre, nos congressos, produções e coletas de dados. Nossa parceria vai além da esfera acadêmica, muito obrigada por tudo!

À minha equipe de apoio da pesquisa, sem a qual nenhuma oficina aconteceria tão bem, obrigada pelo carinho, esforço e dedicação Nildete, Ana Raquel, Dandara, Laíris, Juscly e Ananda.

Ao “meu” bolsista PIBITI, Isaías Pimentel. Você é um exemplo de aluno, extremamente dedicado em tudo que faz, andando sempre a “segunda milha” para atender às demandas de nosso estudo com efetividade e perfeição! Obrigada pela ajuda nas transcrições, busca de artigos, dentre todas as etapas dos manuscritos em que você esteve intimamente ligado!

À enfermeira Lorena Reis, e toda a equipe gestora de enfermagem do HG lócus do estudo, pelo apoio, confiança e percepção da importância do presente estudo na unidade e na vida dos profissionais envolvidos.

A todos que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização desse sonho, obrigada!

AGRADECIMENTO AO ÓRGÃO DE FOMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro, viabilizado a realização de oficinas pedagógicas com suporte financeiro da bolsa estudantil. Nestas oficinas foram ofertados *Coffee-break*, sorteio de estetoscópios, dentre outros utensílios de uso assistencial, em virtude do uso dos valores outorgados nesta bolsa. Minha gratidão à CAPES pelo auxílio financeiro para a realização de minhas atividades acadêmicas durante o mestrado, o que contribuiu em viagens a eventos científicos para a divulgação de todo conhecimento adquirido e compartilhado.

“**Diálogo** é uma necessidade existencial. É o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar. **Liberdade** é o fim de toda revolução cultural. É uma conquista e exige uma busca permanente existente apenas no ato responsável de quem a faz. A **conscientização** é um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito podendo transformar o mundo” Freire (1999).

RESUMO

MOURA, Luna Vitória Cajé. **Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017. 157 f. (Orientadora Dr. ^a Larissa Chaves Pedreira).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) se configura como a segunda principal causa de morte e incapacidade em escala mundial. Deve ser tratado como uma emergência médica, e o paciente com suspeita, encaminhado para início do tratamento em até 4 horas e meia. O desfecho clínico e prognóstico de pessoas idosas acometidas estão ligados à detecção precoce dos sinais e sintomas, manejo e encaminhamento eficazes. Este estudo objetivou estabelecer, junto à equipe de enfermagem, práticas que tornassem o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC mais efetivo em uma unidade de emergência. Se trata de uma pesquisa ação, cuja coleta de dados foi realizada por meio da observação no *lócus*, guiada por um roteiro prévio; e oficinas pedagógicas com aplicação de perguntas norteadoras a respeito do manejo de encaminhamento, na unidade, de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC. As etapas da pesquisa ocorreram entre maio e agosto de 2016. O *lócus* foi a unidade de emergência de um hospital público de grande porte, situado em Salvador- Ba e referência estadual em atenção ao paciente acometido pelo AVC. Esta pesquisa é constituinte de um projeto matriz, iniciado pelo Programa de Educação Tutorial “Acolhimento e cuidado na unidade de Emergência”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia. Fizeram parte do estudo, 18 profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade *lócus*. A coleta ocorreu por meio de quatro oficinas pedagógicas e uma oficina teste, envolvendo desde o levantamento do diagnóstico situacional, planejamento de intervenções e avaliação destas. Foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo para categorização do material colhido nas oficinas. Percebeu-se que os profissionais de enfermagem identificam os sinais e sintomas do AVC a partir de manifestações clínicas, sinais e sintomas incipientes e/ou atípicos e fatores de risco; percebem diferenças na evolução clínica subsequente ao AVC em idosos, além das peculiaridades no manejo e encaminhamento. Porém, relatam dificuldades na realização de cuidado a essas pessoas relacionadas à carência de recursos humanos e materiais em uma unidade que excede a sua capacidade de atendimento. Foram, relatados pelos participantes os fatores intervenientes para este manejo e encaminhamento efetivo, e formuladas intervenções de curto, médio e longo prazo para os fatores que consideravam negativos. Na avaliação destas intervenções, percebeu-se impactos positivos na vida profissional dos participantes. Sobre os impactos na unidade, as ações de curto prazo foram mais efetivas que as demais. A intervenção educativa contribuiu, prioritariamente, para a reflexão, troca de saberes e problematização dos participantes a respeito de suas práticas. Por fim, houve pactuação com a gestão de enfermagem do Hospital, para que as ações continuassem a ser implementadas mesmo após o término da pesquisa.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Idoso, Enfermagem, Serviço hospitalar de emergência, Educação continuada.

ABSTRACT

MOURA, Luna Vitória Cajé. **Management and referral of the elderly with stroke in the emergency unit: offices with the nursing team.** Dissertation (Nursing Master's) - Universidade Federal da Bahia, Escola de enfermagem, 2017. 157p. (Counselor Dr. ^a Larissa Chaves Pedreira).

Stroke is the second leading cause of death and disability worldwide. Should be treated as a medical emergency, and the suspected patient referred for initiation of treatment within 4 ½ hours. The clinical and prognostic outcome of affected elderly people is linked to the early detection of signs and symptoms, effective management and referral. This study aimed to establish, together with the nursing team, in practices that make the management and referral of elderly people suspected and / or affected by the most effective stroke in an emergency unit. This is an action research whose data collection was carried out by means of observation in the locus, guided by a previous script; And pedagogical workshops with the application of guiding questions regarding the management of referral in the unit of elderly people with suspected / affected by stroke. The stages of the survey occurred between May and August 2016. The locus was the emergency unit of a large public hospital, located in Salvador-Ba and a state reference for the patient affected by stroke. This research is part of a matrix project, initiated by the Tutorial Education Program "Reception and Care in the Emergency Unit", approved by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal da Bahia. This study was carried out by 18 professionals of the nursing team working in the locus unit. The collection took place through four pedagogical workshops and one test workshop, ranging from the survey of situational diagnosis, planning of interventions and evaluation of these. The thematic content analysis technique was used to categorize the material collected in the workshops. It was noticed that nursing professionals identify the signs and symptoms of stroke from clinical manifestations, incipient and / or atypical signs and symptoms and risk factors; Perceive differences in clinical evolution following stroke in the elderly, besides the peculiarities in handling and referral. However, they report difficulties in caring for these people related to the lack of human and material resources in a unit that exceeds their capacity to care. The intervening factors for this management and effective referral were reported by the participants and short, medium and long term interventions were formulated for the factors considered negative. In the evaluation of these interventions, positive impacts on the participants' professional life were perceived. On the impacts on the unit, the short-term actions were more effective than the others. The educational intervention contributed, as a priority, to the reflection, exchange of knowledge and problematization of the participants regarding their practices. Finally, there was agreement with the nursing management of the Hospital, so that the actions continued to be implemented even after the end of the research.

Key words: Stroke, Aged, Nursing, Hospital emergency service, Continuing education.

RESUMEN

MOURA, Luna Vitória Cajé. **Gestión y enrutamiento los ancianos con accidente cerebrovascular en la emergencia: talleres con el personal de enfermería.** Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017. 157p. (Orientadora Dr. ^aLarissa Chaves Pedreira).

El accidente cerebrovascular es considerada como la segunda causa principal de muerte y discapacidad en el mundo. Debe ser tratada como una emergencia médica y el paciente con sospecha, se refería al principio del tratamiento en un máximo de 4 horas y media. El resultado clínico y el pronóstico de ancianos afectada están asociadas a la detección temprana de signos y síntomas, la gestión eficaz y de enrutamiento. Este estudio tuvo como objetivo establecer con el equipo de enfermería las prácticas que harían que el tratamiento y la remisión de las personas mayores con sospecha y / o afectados por el golpe más eficaz en el servicio de urgencias. Se trata de una investigación-acción, que la recogida de datos se llevó a cabo mediante la observación del locus, guiado por un guión previo; y talleres educativos con la aplicación de una guía de preguntas sobre la gestión de referencia, la unidad de las personas mayores con sospecha / afectadas por el accidente cerebrovascular. Los pasos de la investigación se llevó a cabo entre Mayo y agosto de 2016. El lugar fue el servicio de urgencias de un gran hospital público, que se encuentra en Salvador-Ba y referencia estatal en la atención a los pacientes afectados por un derrame cerebral. Esta investigación es un componente de una matriz de proyecto, iniciado por el Programa de Educación Tutorial "Inicio y la atención en la unidad de emergencia", aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidade Federal da Bahia. Participaron en el estudio, 18 personal de enfermería profesional que trabaja en la unidad de locus. La colección se llevó a cabo a través de cuatro talleres educativos e una teste, que van desde el levantamiento del diagnóstico, la planificación de la intervención y la evaluación de la situación de éstos. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temático para la categorización del material recogido en los talleres. Se observó que los profesionales de enfermería a identificar los signos y síntomas de accidente cerebrovascular de manifestaciones clínicas, signos y síntomas incipientes y / o atípicos y los factores de riesgo; darse cuenta de las diferencias en los resultados clínicos posteriores para el accidente cerebrovascular en los ancianos, además de las peculiaridades de la manipulación y de enrutamiento. Sin embargo, las dificultades de informes en hacer que la atención a las personas relacionadas con la falta de recursos humanos y materiales en una unidad que supera su capacidad de servicio. Ellos fueron reportados por los participantes factores para esta gestión y enrutamiento eficaz, e intervenciones cortas hechas, mediano y largo plazo para los factores que intervienen considerados negativos. En la evaluación de estas intervenciones, se percibió impacto positivo en la vida profesional de los participantes. Sobre el impacto de la unidad, las acciones a corto plazo fueron más efectivos que los demás. La intervención educativa contribuyó principalmente para la reflexión, el intercambio de conocimientos y el cuestionamiento de los participantes acerca de sus prácticas. Por último, hay pacto con la gestión de enfermería del hospital, por lo que las acciones continúan su aplicación incluso después del final de la investigación.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Anciano, Enfermería, Servicio de urgência em hospital, Educación continua.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BASE	<i>Brazilian Evaluation of Stroke Thrombolysis Scale</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HG	Hospital Geral (<i>lócus</i> do estudo)
LAPSS	<i>Los Angeles Pré Hospital Screen</i>
NIHSS	<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>
PA	Pesquisa ação
PET	Programa de Educação Tutorial
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U-AVC	Unidade de AVC
UE	Unidade de Emergência
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 O Acidente Vascular Cerebral na pessoa idosa	21
2.2 Políticas públicas de atenção à pessoa acometida pelo AVC e cuidados à pessoa idosa.....	27
2.2.1 Atuação da enfermagem no cuidado à pessoa idosa acometida pelo AVC	28
2.3 Importância da Educação Permanente em saúde para as práticas em enfermagem.....	30
3 METODOLOGIA	34
3.1 Tipo de estudo	34
3.1.1 Etapas da Pesquisa ação	35
3.2 Lócus do estudo	37
3.3 Participantes do estudo	38
3.4 Coleta de dados	39
3.4.1 Oficina 1- Oficina teste	45
3.4.2 Oficina 2- Segunda oficina pedagógica	46
3.4.3 Oficina 3- Terceira oficina pedagógica	47
3.4.4 Oficina 4- Quarta oficina pedagógica	49
3.4.5 Oficina 5- Quinta oficina pedagógica	50
3.5 Aspectos éticos	51
3.6 Análise dos dados	52
4 RESULTADOS	54
4.1 Caracterização dos participantes do estudo	54
4.2 Discussão dos resultados	57
4.2.1 Artigo 1- Conhecimento e práticas de enfermeiros sobre cuidados na emergência a idosos com acidente cerebrovascular	59
4.2.2 Artigo 2- Manejo e encaminhamento de idosos com acidente cerebrovascular: identificando problemas e planejando intervenções	77

4.2.3 Artigo 3- Impacto de uma intervenção educativa no manejo e encaminhamento de idosos acometidos pelo acidente cerebrovascular.....	99
5 CONCLUSÃO	120
REFERÊNCIAS	124
APÊNDICE A –Carta- convite.....	135
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	137
APÊNDICE C – Instrumento para caracterização dos Participantes do estudo.....	141
APÊNDICE D – Roteiro para Observação em campo.....	142
APÊNDICE E – Roteiro de questões norteadoras 1ª oficina.....	144
APÊNDICE F – Roteiro de questões norteadoras 2ª oficina.....	145
APÊNDICE G - Roteiro de questões norteadoras 3ª oficina	146
APÊNDICE H - Roteiro de questões norteadoras da 4ª oficina (Avaliação)	147
APÊNDICE I - Roteiro para avaliação de cada oficina pedagógica.....	148
APÊNDICE J - Roteiro de atividades- oficina teste e segunda oficina.....	149
APÊNDICE K - Roteiro de atividades- terceira oficina.....	151
APÊNDICE L - Roteiro de atividades- quarta oficina.....	153
APÊNDICE M - Roteiro de atividades- quinta oficina.....	155
ANEXO 1 - Fluxograma de atendimento ao AVC agudo, Ministério da Saúde, BRASIL ...	156
ANEXO 2 - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	157

1 INTRODUÇÃO

Pretende-se, nesse trabalho, realizar uma intervenção com a equipe de enfermagem de uma unidade de emergência (UE), no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta pesquisa é constituinte de um projeto matriz, iniciado pelo Programa de Educação Tutorial “Acolhimento e cuidado na unidade de Emergência”, que tem como objetivo geral intervir nos fatores que dificultam o itinerário terapêutico das pessoas atendidas na UE de um Hospital Geral (HG), localizado na cidade de Salvador-Bahia, e avaliar, junto aos profissionais da unidade, se as intervenções foram efetivas.

O AVC configura-se como a segunda principal causa de morte e incapacidade em escala mundial (CARVALHO et al., 2015; MARTINS et al., 2012). No Brasil, foram detectados 2,2 milhões de indivíduos de 18 anos ou mais acometidos por esta afecção (IBGE 2013), ocasionando, em média, 68 mil mortes anualmente (BRASIL, 2012a). Apesar da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares ser distribuída em diversas faixas etárias, o risco de desenvolvimento de AVC aumenta a cada década após os 55 anos, ocupando posição de destaque na população idosa (BRASIL, 2012a; MARTINS et al., 2012; PEREIRA et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Nesta população, sinais e sintomas do AVC podem ser confundidos com outros acometimentos, a exemplo de hipoglicemia, manifestações clínicas relacionadas a infecções, depressão, demências entre outros (LEWANDOWSKI, BARSAN, 2001). Este fator pode influenciar negativamente na identificação precoce do quadro, dificultando o manejo e o encaminhamento efetivo da pessoa acometida.

O fortalecimento de medidas de prevenção como campanhas educacionais de cessação do tabagismo e controle da pressão arterial, associadas a práticas de cuidado que incluem identificação precoce e tratamento direcionado, contribuem para diminuir as taxas de mortalidade relacionadas a este agravo (FEIGIN, et al., 2014). Outros fatores que contribuem significativamente para o melhor prognóstico da pessoa idosa acometida são: locais com serviços de saúde de boa qualidade, a presença de unidades especializadas em AVC (FEIGIN, et al., 2014) com protocolos implementados, métodos diagnósticos adequados, e o uso de trombolíticos no AVC isquêmico (AVCI) em até 4 horas e meia (CLAIRE, et al., 2015). Logo, o AVC deve ser tratado como uma emergência médica, e o paciente com suspeita, ser encaminhado para início do

tratamento prioritariamente dentro desta janela terapêutica de 4 horas e meia (MARTINS et al., 2012).

Dados internacionais (GRUNEIR; SILVER; ROCHON, 2011) apontam que o uso das unidades de emergência por idosos varia de 12 a 21% do total de atendimentos. No Brasil, esse percentual varia de 17 a 44% (CARRET, et al., 2011).

Os idosos são pacientes diferenciados, pois modificações biológicas próprias da idade precisam de cuidados personalizados e carecem de maior sensibilidade e perspicácia do profissional que presta o atendimento (BOTH, et al., 2014). Dentre as diferenças estão as doenças crônicas, declínio do estado geral, interações medicamentosas, risco iatrogênico, déficits sensoriais e cognitivos que influenciam no cuidado e devem ser consideradas (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Assim, o manejo e o encaminhamento na UE, de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC precisa ser eficiente e ágil, visto também o envelhecimento da população brasileira e o aumento da demanda por atendimentos a esta faixa etária nessas unidades.

No manejo e encaminhamento precoce e efetivo, o profissional de enfermagem possui papel fundamental, desde a detecção dos sinais e sintomas no momento do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), na porta de entrada, até na manutenção das vias aéreas, monitorização de alterações em glicemia, temperatura axilar, pressão arterial, nível de consciência e atividade motora. Alves, Silva e Cunha (2013) pontuam que estas ações, realizadas pela equipe de enfermagem visam minimizar os danos ao sistema nervoso central. Deste modo, esta equipe precisa estar devidamente capacitada para prestar cuidados a estes idosos de modo distinto e efetivo (BOTH, et al., 2014).

Entretanto, se os profissionais de enfermagem não reconhecerem os sinais e sintomas em tempo hábil, ou se por déficits gerenciais e operacionais da UE, o acesso e a visibilidade destes idosos não acontecerem satisfatoriamente, a janela terapêutica de 4 horas e meia pode ser perdida e o desfecho desastroso, independentemente do tipo de AVC, seja isquêmico, hemorrágico, ou isquemia transitória.

Autores apontam que a detecção rápida e o manejo eficaz são fundamentais para a mudança da história natural da doença, pois se mostram inversamente proporcionais à evolução e gravidade desse acometimento (CARPENTER; MILLS, 2013; ALVES; SILVA; CUNHA, 2013). Um exemplo disso é o jargão muito utilizado em campanhas preventivas ao AVC: “Tempo é

cérebro”; mostrando o quanto os profissionais devem estar envolvidos na atenção ao idoso com suspeita e/ou acometido pelo AVC, agindo de forma ágil, segura e consciente.

Deste modo, considerando sua alta prevalência e importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, a necessidade de uma ação integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para reduzir a ocorrência das doenças cerebrovasculares e aprimorar os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência àqueles com suspeita de AVC, é publicada em 12 de abril de 2012 a portaria do Ministério da Saúde de nº665, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2012b).

Dessa forma, é preciso preparar os profissionais para o atendimento dessas demandas. No que se refere a pessoa idosa acometida, esta precisa se adaptar a uma série de mudanças físicas, psicológicas e psicossociais relacionadas à idade; vivenciam muitas perdas, incluindo o declínio da saúde, a perda das atividades profissionais, a morte de amigos e cônjuge. A ocorrência do AVC e, por conseguinte, a redução repentina da independência funcional podem gerar novas demandas adaptativas, o que exige dos idosos recursos para superação destas limitações (DOS SANTOS, et al., 2015), e da equipe de saúde competência para minimizar os riscos de perda funcional e suas repercussões.

Evidencia-se, portanto, a relevância de estudos que abordem a temática na população idosa, considerando desde sua detecção precoce, manejo e encaminhamento adequado dentro da UE, o que busca minimizar o risco de desfechos desfavoráveis, visto que esta população já apresenta explícita vulnerabilidade. Importante também se mostra a educação da população em geral para a detecção precoce dos sinais e sintomas e encaminhamento rápido à unidade de saúde; o conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do manejo e encaminhamento destes idosos; a ênfase nos saberes da equipe de enfermagem que atua na avaliação inicial e durante todo o manejo destes pacientes na unidade de saúde, a fim de favorecer a efetividade e rapidez no cuidado a essas pessoas, desde a suspeita até o desfecho clínico.

A inquietação com a temática se deu durante estágio da pesquisadora no semestre final da graduação em Enfermagem em 2012, no estágio supervisionado, cuja UE *locus* desta pesquisa foi seu campo prático. O grande porte do hospital e o grande contingente de pacientes, muitos deles idosos, alocados nos corredores, foi fator que chamou atenção para a possibilidade de ocorrência

de eventos, por vezes, subdiagnosticados, e atraso nos encaminhamentos das situações já diagnosticadas, por conta do número reduzido de profissionais para tamanha demanda.

Posteriormente, ao retornar ao hospital na condição de residente em enfermagem intensivista, passando um mês em sua Unidade de AVC (U-AVC), foram vivenciados momentos admissionais de várias pessoas idosas que deram entrada no hospital por outros motivos, mas que, durante a espera por vaga em outras salas, acabaram sofrendo um AVC. Nesse período, observou-se que, através da busca ativa realizada por médicos e enfermeiros da U-AVC, são encontrados pacientes que estão internados em outras unidades, mas apresentam sinais e sintomas deste agravo, embora o motivo do internamento tenha sido outro. Essas pessoas, muitas vezes, por não estarem mais na janela terapêutica para reversão ou minimização do quadro, têm um prognóstico mais reservado. Por outro lado, observou-se também, casos exitosos de pessoas que chegaram à unidade com comprometimento cognitivo e motor grave e, após cuidados adequados, receberam alta hospitalar com poucas sequelas.

Entrando no mestrado, houve uma aproximação com o projeto de pesquisa “Acolhimento e cuidado na unidade de emergência”. Trata-se de um projeto de intervenção, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em parceria com o HG, que é beneficiado pelo programa SOS Emergência conforme portaria de nº 1.663/2012 (BRASIL, 2012c).

Tal projeto foi gerado a partir da experiência do Programa de Educação Tutorial (PET) “Redes de Atenção na Urgência e Emergência”, financiado pelo Ministério da Saúde, que em seus dois anos de atuação (2013-2015) reuniu acadêmicos bolsistas de diversas áreas da saúde acompanhados de preceptores (enfermeiros do serviço) e tutores que, no primeiro ano do programa, buscaram conhecer a UE adulto do HG; sua dinâmica de atendimento; as demandas dos usuários, acompanhantes e profissionais da unidade, a fim de realizar um diagnóstico situacional, objetivando realizar uma intervenção no segundo ano do programa, para melhorar o fluxo das pessoas atendidas.

Dentre as situações observadas pelo grupo do PET, destacaram-se: grande demanda de usuários com idade maior ou igual a 60 anos, usuários perdidos dentro da unidade sem saber para onde se direcionar, usuários e/ou acompanhantes sem saber da sua classificação de risco, e dificuldade observada e relatada pelos profissionais, em agilizar o encaminhamento dos usuários

já classificados¹. Tais situações causaram preocupação no grupo, que identificou a necessidade de intervenções, após conversas com a gestão.

Diante desse contexto, questiona-se: a intervenção educativa, junto à equipe de enfermagem, contribui para práticas que tornem o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC mais efetivos em uma UE?

A pesquisa teve como objetivo geral: Estabelecer, junto à equipe de enfermagem, práticas que tornem o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas por AVC mais efetivo na UE.

Para atender ao objetivo geral foram realizadas oficinas pedagógicas com os profissionais de enfermagem para alcançar os objetivos específicos:

- Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem da UE sobre detecção precoce, manejo clínico e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita e/ou acometida pelo AVC.
- Conhecer as práticas de manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometida pelo AVC dentro de uma UE, a partir do discurso destes profissionais de enfermagem;
- Identificar fatores intervenientes para o manejo e encaminhamento efetivo dessas pessoas;
- Planejar, junto à equipe de enfermagem, intervenções que possibilitem práticas para tornar o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC mais efetivo na UE.
- Acompanhar a execução das intervenções planejadas.
- Avaliar se a intervenção educativa realizada contribuiu para práticas que tornem o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC mais efetivo na UE.

Considerou-se, nesse trabalho, o manejo e o encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC, desde o momento da sua saída da sala de acolhimento, após classificação de risco e levantamento desta suspeita, até a sua saída da UE com encaminhamento para outras unidades como centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, U- AVC ou outra.

¹Informações oferecidas pelas tutoras do PET, oriundas das observações dos bolsistas do programa na unidade e das discussões do grupo.

Tal objeto de pesquisa se faz de importante investigação devido ao fato de sua exploração nas publicações científicas ainda serem inespecíficas e escassas. Para tal constatação foi realizada pesquisa em fevereiro de 2017, no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) filtrando publicações nacionais e internacionais; e na *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), e cruzados os descritores “acidente vascular cerebral”, “idoso”, “enfermagem” e “serviço de emergência” em pares ou trios entre si, utilizando o operador booleano “and”.

Na Scielo foram cruzados os descritores “acidente vascular cerebral” and “idoso” and “enfermagem”, e apenas um artigo foi apresentado, tratando-se de cuidados de transição à pessoa pós AVC. Ao cruzar nesta base de dados “stroke” and “aged” and “nurse”, nenhum artigo foi apresentado, bem como ao se cruzar “stroke” and aged” and “hospital emergency service”. No cruzamento de “stroke” and “aged” foram resgatados 118 resultados, porém, após a exclusão de duplicatas e materiais que não sejam artigos científicos, e da leitura de títulos e resumos, percebeu-se que os artigos remanescentes não tratavam de forma direta do cuidado na UE aos idosos com AVC.

Na BVS foram cruzados os descritores “acidente vascular cerebral” and “idoso” and “enfermagem”, e os descritores “acidente vascular cerebral” and “idoso” and “serviço hospitalar de emergência” e não foram obtidos resultados. Ao cruzar “acidente vascular cerebral” and “enfermagem” and “serviço hospitalar de emergência” foram obtidos 32 resultados, porém, após a exclusão de duplicatas e materiais que não eram artigos científicos, e da leitura de títulos e resumos, percebeu-se, também, que os artigos remanescentes não tratavam de forma específica sobre o cuidado na UE aos idosos com AVC.

Logo, os artigos científicos resgatados nestas bases de dados retratam sobre AVC em idosos em Unidades de terapia Intensiva, no ambiente domiciliar, também sobre AVC na UE, porém em população de faixa etária miscigenada, ou ainda alguns tratam da atuação de enfermeiros em situação de AVC, porém sem relação direta com idosos na UE.

O estudo mostrou-se importante, pois o desenvolvimento de uma intervenção educativa com os profissionais de enfermagem da UE, gerou um processo reflexivo, colaborativo e favoreceu o reconhecimento de novas alternativas para compreender e atuar sobre a realidade vigente, contribuindo para a produção de novos saberes. Além de que favoreceu a proliferação no meio científico dos achados a respeito da temática com a especificidade dos idosos em situação de emergência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA PESSOA IDOSA

O AVC se mantém como principal causa de incapacidade no mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, [201-?]) e, dentre todos os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por este acometimento, sendo entre as mulheres a principal causa de óbitos (GARRITANO et al., 2011). De acordo com publicação da Sociedade Brasileira de doenças Cerebrovasculares (MARTINS et al., 2012), pode ser definido como o surgimento de um déficit neurológico súbito, causado por um problema nos vasos sanguíneos do sistema nervoso central.

Classicamente, o AVC é dividido em dois subtipos: isquêmico (AVCI), mais prevalente, ocasionado pela obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no seu território vascular, e hemorrágico (AVCH), causado pela ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóide) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, [201-?]).

O AVC pode afetar indivíduos de qualquer faixa etária, embora sua incidência e prevalência aumentem com a idade, sendo esta o fator de risco não-modificável mais importante para todos os tipos de AVC (CHEN, et al., 2010). Mesmo autores apontam que 75 a 89% dos AVC's ocorrem em indivíduos com idade > 65 anos, destes, 50% ocorre em pessoas com ≥ 70 anos e quase 25% em indivíduos com idades > 85 anos. Botelho, et al (2016) pontuam que para cada década sucessiva após a idade de 55 anos, a taxa do curso dobra em homens e mulheres.

Estudo internacional mostra que o AVC ocorre principalmente em idosos, e os desfechos após o incidente são altamente influenciados pela idade. Uma melhor compreensão das causas do AVC nos idosos pode ter implicações práticas importantes não só para a gestão clínica, mas, também para as estratégias preventivas e futuras políticas de cuidados de saúde. Várias mudanças relacionadas ao envelhecimento no cérebro foram estão associadas com um aumento na vulnerabilidade ao acidente vascular cerebral isquêmico em idosos (CHEN, et al., 2010).

A diferença do AVC no idoso em relação ao jovem assenta sobretudo na etiologia, que é mais vasta em idosos, e no prognóstico, geralmente mais desfavorável, sendo caracterizado por altas taxas de mortalidade e de recorrência (RENNAN, et al., 2014). Dentre os fatores de risco em

idosos, o principal é a hipertensão arterial, e outros fatores incluem o tabagismo, o diabetes e a hipercolesterolemia (BRASIL, 2006).

Esta afirmação corrobora com os achados de Chen et al. (2010), quando pontuam que os perfis dos fatores de risco para AVC e mecanismos de lesão isquêmica diferem entre pacientes jovens e idosos. Completam que, pacientes idosos com AVCI frequentemente têm resultados piores do que indivíduos mais jovens que desenvolvem essa condição.

Nos casos de AVCI, segundo Thaumaturgo et al (2016), o tempo do início do tratamento é crucial para evitar a progressão da zona de penumbra isquêmica, uma zona de inatividade celular, com temporária integridade estrutural, onde ainda há viabilidade do tecido, caso haja restauração do fluxo sanguíneo no local. Caso contrário, essa zona rapidamente evoluirá para uma zona de necrose. Neste estudo, é pontuado que o ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) é o único agente farmacológico com eficácia comprovada na melhora funcional de pacientes com AVCI. Os autores trazem o dado de que em 1995, um estudo multicêntrico realizado pelo *National Institute of Neurological Diseases and Stroke* (NINDS) sugeriu a dose deste trombolítico de 0,9mg/kg em 60 min (10% em bólus), sendo a dose máxima 90mg.

Escalas como a LAPSS (*Los Angeles Pré Hospital Screen*) e a BASE (*Brazilian Evaluation of Stroke Thrombolysis Scale*), que são utilizadas para avaliação do acometimento cognitivo e prognóstico de pacientes com AVCI agudo submetidos à terapia trombolítica utilizam a idade como um dos critérios a pontuar negativamente em relação à sua resposta ao tratamento. A escala amplamente utilizada em AVC, a NIHSS (*National Institute of Health Stroke Scale*) avalia as funções cognitivas e motoras do indivíduo e a situação de vulnerabilidade dos idosos, o número de comorbidades e os riscos dos procedimentos invasivos em indivíduos com extremos etários, que podem culminar em escores maiores alcançados nesta escala, o que se mostra negativo evidenciando maior incapacidade/perda cognitiva.

Entretanto, apesar do exposto, de acordo com atualizações nas diretrizes internacionais (PONTES-NETO et al., 2017), a idade não deve ser usada como um critério isolado para excluir os pacientes da possibilidade de terapia trombolítica. Outros estudos confirmaram o benefício desta terapia endovascular em pacientes de mais de 80 anos (GOYAL et al., 2016; CAMPBELL et al., 2016). Logo, a gravidade da situação do déficit clínico e a presença de incapacidades prévias, não devem ser usados como contra-indicações absolutas para esta terapia. Neste

consenso é pontuado que o julgamento clínico é necessário quando a equipe médica toma esta decisão (PONTES-NETO et al., 2017).

Considerando a importância do tema em pessoas idosas, cabe pontuar que o *ictus* vascular (AVC, ataque cerebrovascular), substrato subjacente ao comprometimento cognitivo e demência, aumentam exponencialmente com o envelhecimento da população (ENGELHARDT et al, 2011). Os autores pontuam que são pouco conhecidas as interações pelas quais o *ictus* pode resultar em Comprometimento Cognitivo Vascular e Demência Vascular, assim como a lesão vascular pode piorar os efeitos cognitivos da patologia da Doença de Alzheimer (DA) e a demência pós-ictus ocorre até um 1/3 dos pacientes com AVCI em pessoas após os 65 anos de idade.

Além disso, mostram que infartos cerebrais silenciosos, documentados pela ressonância magnética, aumentam em mais que o dobro o risco de demência no idoso. Deve-se salientar que, nesse grupo etário, o Comprometimento Cognitivo Vascular sem demência também é comum. Considerando a longevidade crescente, os efeitos lesivos da doença cerebrovascular podem se tornar uma das principais causas de demência no idoso.

Segundo Engelhardt et al. (2011), a Demência Vascular é a mais prevalente entre as demências secundárias, ocupando o segundo lugar entre todos os quadros demenciais, depois da DA, sobretudo na faixa senil. A estimativa global é de 15-20%, sendo de 2% na população de 65-70 anos de idade e de 20-40% na longeva, sendo mais comum em homens que em mulheres. A variação é ampla de acordo com as populações estudadas (UE: 11,1-53,1%; EUA: 9,0-45,9%; Ásia: 36,4-59,9%; Brasil: 9,3-24,9%).

Na minimização destes prováveis danos, o cuidado inicial às pessoas com suspeita de AVC precisa ser efetivo. Sobre isso, Rolin e Martins (2011) pontuam que este cuidado, na fase aguda, deve ser oportuno no tempo e efetivo para impedir a morte do tecido cerebral. Para que o cuidado ao AVC seja efetivo, é necessário um conjunto mínimo de tecnologias disponíveis, no tempo correto. É também necessário um estímulo para a população, ao controle dos fatores de risco modificáveis.

Além do controle dos fatores de risco modificáveis, a detecção precoce dos sinais e sintomas do AVC se mostra como predisponente ao melhor prognóstico, visto que, nos casos de AVCI, há aumento da possibilidade de reversão ou diminuição de sequelas com a trombólise; e no AVCH, esta detecção e manejo precoces podem evitar maiores sangramentos e perda funcional (POWERS et al., 2015). Deste modo, é percebida a importância de um manejo

sincronizado, ágil e eficaz do paciente com suspeita desse acometimento, e com ênfase na população idosa, o manejo eficaz tende a se mostrar minimizador dos efeitos deletérios.

Visando este manejo efetivo e baseado em evidências, foram elaboradas as diretrizes para o tratamento do AVCI (MARTINS et al, 2012), e as condutas a serem seguidas no AVCH, ataque isquêmico transitório, dentre outras doenças cerebrovasculares associadas. Tais condutas podem ser encontradas no manual de rotinas para atenção ao AVC do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Segue algumas recomendações do consenso brasileiro para manejo clínico e encaminhamento da pessoa com suspeita de AVCI na unidade de emergência:

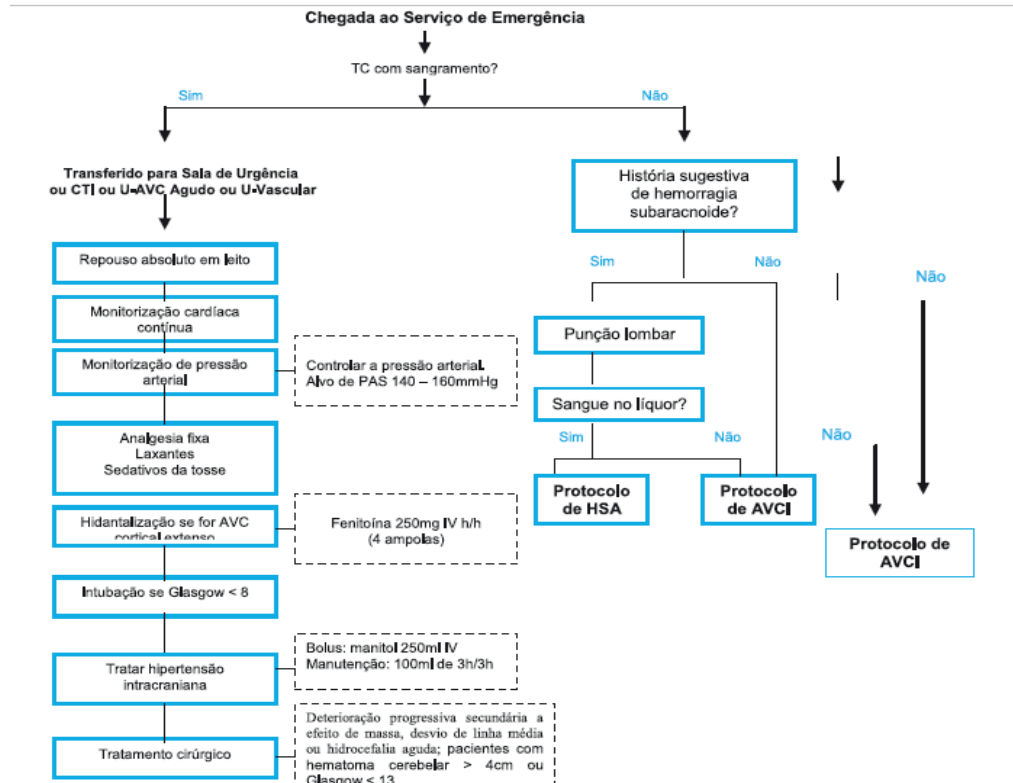
1. O tratamento dirigido para o tipo de AVC diagnosticado (AVCI, hemorragia intraparenquimatosa ou hemorragia subaracnóide) deve ser iniciado dentro de 60 minutos de admissão ao serviço hospitalar;
2. Desenvolver e aplicar protocolos multi-profissionais, integrados para o tratamento de quaisquer suspeitas de casos de AVC;
3. O tratamento deste paciente deve ser guiado por um neurologista;
4. Execute testes de laboratório para exclusão de diagnósticos diferenciais e apoio à decisão terapêutica;
5. Execute testes de neuroimagem para orientar a terapêutica na fase aguda do acidente vascular cerebral;
6. Realize o monitoramento cardiovascular não invasivo ;
7. Saturação de oxigênio arterial, deve ser avaliada em pacientes com AVC agudo, se possível, com oximetria de pulso;
8. Suplementação de oxigênio só deve ser realizado, se necessário, para manter a saturação de oxigênio em níveis iguais ou acima de 95% ;
9. A indicação de suporte ventilatório e proteção das vias aéreas devem ser avaliada com cuidado, especialmente em pacientes com rebaixamento do nível de consciência e sintomas neurológicos sugestivos AVC isquêmico de tronco cerebral.
10. O paciente com AVC agudo devem ser adequadamente hidratado com solução salina isotônica (por exemplo, Soro fisiológico 0,9%). O volume administrado por via intravenosa (cerca de 100 mL / hora) deve ser considerado individualmente, com base na linha de base de hidratação e possíveis comorbidades que limitam a hidratação;
11. Avaliar o possível diagnóstico de diabetes mellitus em pacientes com hiperglicemia em AVC agudo, mesmo que previamente saudável, através do exame de hemoglobina glicosilada;
12. Prevenir e tratar causas adicionais de hiperglicemia (por exemplo corticosteróides e infecção).
13. Use insulina para corrigir hiperglicemia, com o objetivo de manter a glicemia entre 80 e 140 mg / dL.

14. Corrigir prontamente se caso houver hipoglicemia (glicose no sangue abaixo de 70 mg / dL).
15. Não reduzir a pressão arterial no AVCI agudo, exceto quando os níveis são extremamente elevados (PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg). Nestes casos, a redução não deve exceder 15% dos valores iniciais de pressão sanguínea nas primeiras 24 horas;
16. Use medicação anti-hipertensiva em pacientes com indicação para o tratamento trombolítico, mas com pressão arterial $\geq 185 \times 110$ mmHg antes do início do tratamento;
17. Utilizar medicação anti-hipertensiva em pacientes com AVCH agudo que, mesmo com elevações moderadas de sangue. Outras indicações médicas para tratamento das emergências hipertensivas, são os casos de tais como insuficiência cardíaca, dissecação da aorta, infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal aguda.
18. Não reduzir bruscamente a pressão arterial em AVCI aguda. Por esta razão, o uso de Nifedipina é contra-indicada;
19. A pressão arterial deve ser mantida acima de uma pressão arterial média de 90 mmHg. Isto deve ser feito através da administração de fluidos isotônicos, como solução salina, e, quando necessários, expansores, volume e drogas vasoativas. Algumas drogas são usadas para este propósito, tais como Norepinefrina, Dopamina e Fenilefrina. Devido à ausência de efeitos inotrópicos e efeito cronotrópico (ação β -adrenérgica), reduzindo assim o risco de complicações cardíacas, Fenilefrina pode ser uma opção preferível, em pacientes com doenças cardíacas prévias.
20. Mantenha a temperatura axilar abaixo de 37,5 ° C. Se necessário, os medicamentos antipiréticos deve ser usados, como Acetaminofeno e Dipirona;
21. Em casos de hipertermia, investigar as causas infecciosas. Febre de origem central deve ser sempre um diagnóstico de exclusão. (MARTINS et al, 2012, p.624-625)

Estudo de revisão (ROLINDO; OLIVEIRA, 2016) aponta que em 2015, surgiram metanálises, evidenciando eficácia na trombectomia mecânica, em até de 6 horas, ultrapassando a janela terapêutica pré-estabelecida anteriormente de quatro horas e meia, quando combinada à terapia intra-arterial. A descompressão neurocirúrgica é conduta de exceção nos casos de AVCI agudo, ficando geralmente restrita àqueles com infartos extensos, em condições cirúrgicas elegíveis.

No manejo do AVC-H, o manual de rotinas para atenção ao AVC do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) traz o seguinte fluxograma de atendimento na unidade de emergência:

Figura 1: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico: algoritmo de tratamento, MS 2013.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (MARTINS et al., 2012), coerentemente com consensos internacionais, é importante que sejam verificados hematócrito, hemoglobina, fatores de coagulação dentre outros marcadores (sob solicitação médica) e, com manejo adequado e encaminhamento rápido dentro da janela terapêutica de 4 horas e meia, podem contribuir para um desfecho mais favorável mediante à intervenção.

Em suma, a partir do conhecimento científico já produzido sobre a temática de AVC, e todas as especificidades que envolvem este agravo na terceira idade, fez-se de suma importância um diálogo entre a teoria posta e a prática vivenciada na UE, a fim de compartilhar saberes sobre o assunto e refletir sobre práticas que contribuam para este manejo efetivo.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A PESSOA ACOMETIDA PELO AVC E CUIDADOS À PESSOA IDOSA

O Brasil possui diversas iniciativas federais voltadas para a atenção ao AVC, por percebê-lo como importante problema de saúde pública e de grande morbimortalidade no mundo. Neste contexto, em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS (BRASIL, 2011). Nas especificações desta RUE temos as linhas de cuidado prioritárias à população brasileira, sendo uma delas a “linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral”.

A linha de cuidado do AVC foi instituída pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com AVC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui o respectivo incentivo financeiro para o funcionamento destes serviços (BRASIL, 2012b).

Algumas ações estratégicas são discutidas e iniciadas nos territórios brasileiros, com a finalidade de expandir e consolidar a linha de cuidado de atenção ao AVC. São elas:

- Desenvolver ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVC na população;
- Qualificar a capacidade diagnóstica em todos os pontos de atenção da Rede Atenção à Saúde;
- Aumentar a capacidade logística e a organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos;
- Assistência qualificada (cuidado multiprofissional);
- Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento pós-internação;
- Implementar o Telessaúde entre as unidades de AVC e em outros pontos de atenção da Rede Atenção à Saúde;
- Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para crônicos e pacientes socialmente vulneráveis;
- Garantir acesso à reabilitação qualificada;
- Fomentar sinergia entre os cuidados prestados na U-AVC, Atenção Domiciliar e de cuidados prolongados (BRASIL, 2013b, p.56).

Prosseguindo a esta iniciativa federal, o programa “SOS Emergências”, tem como estratégia prioritária a implementação do Componente Hospitalar da RUE, para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, conforme Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012c).

Logo, a partir desta iniciativa Federal, o HG, enquanto hospital de referência ao AVC, possui, dando suporte à UE, a U-AVC, com profissionais capacitados e neurologistas 24 horas, a

fim de dar suporte a pacientes externos admitidos com suspeita de deste agravo, e pacientes de outras unidades que sofreram AVC.

“**U-AVC Integral** é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa (BRASIL, 2012b, p. 55) ”.

Associado a estas iniciativas federais, para que o preconizado realmente ocorra, e que o manejo a pessoas idosas com suspeita de AVC seja efetivo, diversos fatores influenciam. Os fatores políticos, gerenciais, operacionais dos componentes da Rede de Atenção à Saúde e os recursos humanos. Profissionais capacitados e empenhados em oferecer o cuidado adequado aos pacientes são contribuintes para um melhor manejo e prognóstico e a equipe multiprofissional deve estar preparada para receber estas pessoas.

2.2.1 Atuação da enfermagem no cuidado à pessoa idosa acometida pelo AVC

No Acolhimento com Classificação de Risco na UE, a enfermeira avalia a queixa principal do usuário, seus sinais vitais, verifica a prioridade de atendimento através de escalas e protocolos pré-definidos e encaminha para outros profissionais conforme necessidade. Logo, percebe-se o importante papel deste profissional, quando se trata de recursos humanos nos fatores relacionados ao manejo eficaz e encaminhamento adequado de pessoas com suspeita de AVC. Estudo realizado por Lever et al. (2012) apresenta uma avaliação do prontuário de 189 pacientes nos EUA, onde o diagnóstico de suspeita de AVC foi perdido em 15,3% dos pacientes que se apresentaram ao departamento de emergência.

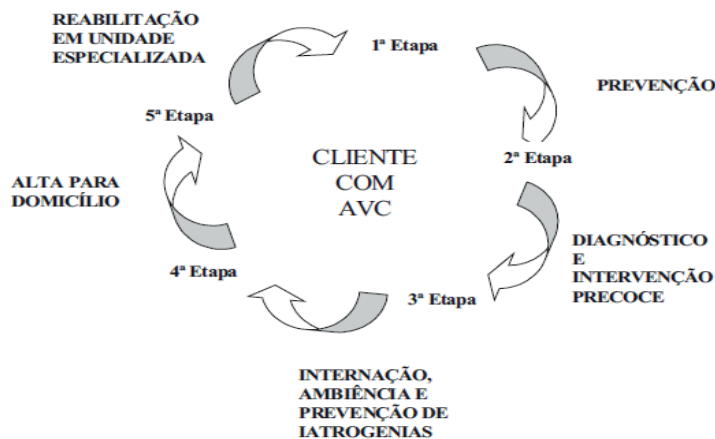
Dos pacientes que apresentam qualquer sintoma "tradicional", 4% foram perdidos, 64% foram perdidos por sintomas não tradicionais incluído fraqueza generalizada, estado mental alterado, alteração da marcha, e tonturas. [...] a fim de facilitar a gestão adequada dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico, enfermeiros de emergência devem estar cientes de que a apresentação de sintomas é muito variável. Os pacientes que apresentam sintomas não tradicionais podem se beneficiar de uma avaliação neurológica imediata e abrangente (LEVER et al., 2012).

Este estudo ainda apresenta como sintomas tradicionais os que usualmente são conhecidos e difundidos nos consensos de especialista, e sintomas não tradicionais os mais sutis como rebaixamento do nível de consciência, que pode ser confundido com outras patologias. Ademais, apresentam o profissional de enfermagem como aquele que está na porta de entrada da UE e detecta os primeiros sinais e sintomas antes de encaminhar ao médico plantonista e outros

profissionais. Ainda pontua a importância do conhecimento multiprofissional da variabilidade clínica existente no AVC, e enfatiza que a avaliação neurológica de enfermagem deve ser abrangente e imediata.

No esquema abaixo criado por Gomes e Sena (2008) são exemplificados os cuidados e a assistência retroalimentadora do processo de cuidar. Em cada etapa do cuidado ao paciente com AVC a enfermagem apresenta atividades importantes.

Figura 2. Assistência de Enfermagem e o processo de adoecimento da pessoa com AVC



Fonte: Gomes e Senna (2008).

Estes autores pontuam as etapas deste ciclo, mostrando a enfermagem como equipe atuante em todas estas etapas. Definem em cada etapa o papel destes profissionais: na primeira etapa, devem promover acompanhamento e orientação às pessoas com hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e demais fatores de risco de AVC, bem como identificar o tempo de ocorrência dos primeiros sinais e sintomas do AVCI e a assistência necessária, refletindo sobre os resultados de prevenção de sequelas e de novos episódios.

Na segunda etapa está o atendimento emergencial nas unidades de emergência, afim de identificar os diagnósticos de enfermagem e iniciar implementação destes que visem minimizar os riscos, sequelas, deformidades e iatrogenias. Associada a isso está a terapêutica medicamentosa prescrita pelo médico e administrada pela equipe de enfermagem.

Quanto ao papel da equipe de enfermagem na terceira etapa, destacam a internação do paciente e a assistência do cliente na clínica de internação: assistência interdisciplinar, com vistas a desenvolver ações que também promovam a reabilitação das sequelas, prevenção de iatrogenias, preparo do cliente e cuidador para alta hospitalar. E, por fim, na quarta etapa, está a

alta para o domicílio, sendo um desafio para o enfermeiro, paciente e cuidador para a continuidade da assistência.

Logo, se fez de suma importância uma intervenção educativa com estes sujeitos, visto que são profissionais atuantes em todas as etapas do processo de atenção à pessoa com suspeita de AVC, conhecem bem o manejo e encaminhamento destas pessoas, e possuem grande papel influenciador de práticas que contribuam para melhora nesta dinâmica.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM

Ao refletir sobre metodologias utilizadas para o aperfeiçoamento do profissional de enfermagem e momentos de reflexão sobre sua prática e construção de saberes; é interessante que saibamos diferenciar termos utilizados como educação permanente e educação continuada.

O Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2009a) conceitua a Educação Continuada como um “Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (p. 22).

De acordo com o apresentado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) permeia a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2009b, p. 20). Seu texto prossegue pontuando que esta se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, e que pode ser entendida como aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Nesta política, se define que ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

As ações educativas já vêm sendo utilizadas como metodologias para estimular a problematização da realidade vigente, transformação de práticas e aperfeiçoamento profissional de enfermagem em serviço. Jesus et al (2011) pontuam com suas experiências pessoais nos estudos sobre educação permanente em enfermagem, que as ações educativas dirigidas a esses trabalhadores vêm sendo inseridas no planejamento de atividades da direção de enfermagem, tendo um enfermeiro designado para se responsabilizar pela capacitação da equipe.

Essas ações, segundo os autores, geralmente são articuladas apenas ao serviço de enfermagem, sem vínculo com uma proposta regulamentada pelo setor de recursos humanos, no

âmbito das metas da direção geral de hospitais. Prioritariamente, as ações de capacitação são programadas para auxiliares e técnicos de enfermagem, não se estendendo sempre aos enfermeiros. Nesta pesquisa foi buscada a integração entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, para que construamos juntos os saberes e contribuamos para mudanças de práticas.

No contexto das Políticas Nacionais de Saúde, a educação EPS se mostra como uma proposta de ação estratégica que pode contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras (BRASIL, Portaria n. 198/GM/MS, de 2004).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB 9394/96, de 20 de dezembro de 1996, em seu Art. 1º, assinala que “a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. Logo, percebe-se que intervenções educativas podem ser fatores modificadores para os profissionais participantes e para os pesquisadores, como pessoas e profissionais; e todas as discussões foram conduzidas coletivamente e com base nas realidades vivenciadas pelas profissionais de enfermagem (BRASIL, 1996).

A relação deste processo educativo com os profissionais de enfermagem se mostra intrínseca quando se analisa seu Código de Ética Profissional (COFEN, 2007) que se refere à educação no seu capítulo dos direitos e das responsabilidades dos profissionais. Neste código, o profissional tem o direito de atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais (Art.14), mas, tem também responsabilidades, porque deve “estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão (Art. 69)” e “estimular, facilitar e promover o desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovadas nas instâncias deliberativas da instituição” (Art. 70).

Ainda sob a lei, o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, regulamenta a lei 7.498 e o exercício da enfermagem e especifica claramente que ao enfermeiro cabe, como integrante da equipe de saúde, a “participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada” (Art. 8º). Sendo assim, além do direito e dever ético de se manter atualizado, o enfermeiro, independentemente da função que

desempenhe, tem a obrigação legal de ser facilitador do processo educativo para os demais membros da equipe de enfermagem.

Freire (2011), quando aborda sobre os saberes necessários às práticas educativas, enfatizando a relação entre educador e educando, apresenta algumas ideias que, de certo modo, se relacionam com os processos de educação nos serviços de saúde, entre esses saberes estão: a criação de possibilidades de construção e produção de conhecimentos; a valorização dos saberes e a conhecimento de vida do outro; a abertura para a criticidade e o diálogo; a reflexão crítica sobre a própria prática, dentre outras.

Dessa forma, ao analisar o texto da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pode-se notar a influência a congruência com os pensamentos de Paulo Freire (2011):

A ideia é que, a partir de agora, os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde sejam orientados pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da Saúde e do controle social, ou seja, eles devem responder a indagações como: o que é ou quais são os problemas que afastam nossa prática da atenção integral à saúde e de qualidade? Por quê? Como mudar essa situação? A educação deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm que envolver os aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS (BRASIL, 2005, p. 13).

Logo, é percebida a importância da formação, capacitação e atualizações em saúde com base na problematização das experiências reais vividas pelos profissionais. Macedo (2010) pontua que “[...] formar-se implica descobrir-se a si mesmo em termos de possibilidade específicas para dar um sentido à vida, a partir do que se é enquanto sujeito, e do que se vive enquanto sujeito aprendente [...]” (p. 58).

A educação em saúde se insere na assistência de enfermagem como um processo que auxilia as pessoas a aprender comportamentos relacionados à saúde que possam ser incorporados em sua vida diária com o objetivo do aprimoramento da saúde e da promoção do autocuidado (BASTABLE, 2010).

Segundo Fagundes (2016), a natureza do trabalho da enfermeira demanda o uso de ferramentas para gestão de recursos que viabilizem a complexa organização do trabalho em saúde. Nesta perspectiva, a adoção da EPS como tecnologia que favoreça a articulação das práticas interprofissionais e promova a integração poderá facilitar o desempenho das funções gerenciais da enfermeira.

Bastable (2010) refere que o enfermeiro deve reconhecer que sua função educativa é fundamental para a prática da enfermagem e deve direcionar a equipe para uma abordagem mais ampla pautada no desenvolvimento do ser humano. Contudo, é necessário ampliar as possibilidades teórico-reflexivas por meio de práticas transformadoras e inovadoras, para se proporcionar uma assistência de qualidade, de forma efetiva e eficaz.

Neste sentido, no contexto do trabalho do enfermeiro, a EPS tem um significado especial, uma vez que, ao promover o repensar das práticas, favorece a participação na tomada de decisão e a articulação entre o trabalho dos membros das equipes de saúde e de enfermagem (FAGUNDES, et al.2016).

A EPS pressupõe as necessidades de conhecimento e a estruturação de demandas educacionais geradas no cotidiano do trabalho, indicando os caminhos e pistas para o processo de formação, sendo, portanto, uma modalidade educativa (ROECKER; MARCON, 2012).

A compreensão da dimensão social do trabalho em enfermagem e a nova visão da atenção à saúde requerem do enfermeiro que assuma novas responsabilidades na atuação profissional, que apontam para a necessidade de mudanças na forma de produzir a gestão, o cuidado em enfermagem, a educação formal e a educação para o trabalho. (FAGUNDES, et al.2016).

Enfatiza-se a importância de se construir um conhecimento coletivo com as profissionais de enfermagem, mostrando-as seu papel de protagonistas em todo o processo assistencial e produtor de conhecimento. Freire (2001, p. 28), afirma que “o homem deve ser sujeito de sua própria educação, não pode ser objeto dela”, portanto, a educação implica em uma busca contínua do homem, como um ser ativo na construção do seu saber, devendo recusar as posições passivas.

A partir do exposto, e com base em considerações de Fagundes, et al. (2016); Bastable (2010), conclui-se que a EPS possui significado especial no trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que é o enfermeiro que, ao longo da história tem desempenhado o papel de articulador de processos de trabalho, nos serviços de saúde, e se responsabilizado pela organização das ações de educação em serviço, pela educação continuada e EPS.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A partir do momento em que a pessoa idosa com suspeita de AVC adentra a UE de um ambiente hospitalar, seu fluxo terapêutico é encaminhado por profissionais de saúde; e a equipe de enfermagem possui papel crucial e ativo em todas as etapas deste, desde o ACCR, até os cuidados nas unidades subsequentes. Desse modo, por tratar-se de uma intervenção educativa com estes profissionais, optou-se pela Pesquisa Ação (PA), como método para condução do presente estudo.

Thiollent (2011) define a PA como um estudo de campo, de origem crítico-social e base empírica, que objetiva promover modificações em uma realidade, proporcionando ampla interação entre pesquisador e pesquisado. Para tanto, Franco (2012) complementa que, neste tipo de estudo, há ações dialógicas que interpelam o discurso e o induzem a mudanças. São ações críticas que olham a si e se reorganizam, exigindo uma espiral de revisões que reorganiza o pensamento e a reflexão.

Considerando a PA como uma estratégia metodológica da pesquisa social, Thiollent (2011, p.7) resume seus principais aspectos:

- Há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;
- Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- O objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;
- O objetivo da PA consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação;
- A pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos considerados.

O estudo foi também exploratório, por possuir, segundo Marconi e Lakatos (2010), uma característica empírica, cujo objetivo é a formulação de problemas, ou resposta a estes, e permite aumentar a familiaridade com o fato ou fenômeno para a realização de novas investigações. A pesquisa exploratória propicia um maior embasamento acerca do objeto estudado, dando visibilidade ampliada de um fato social, permitindo ao investigador aumentar a experiência em torno de determinado problema.

A respeito da natureza qualitativa deste estudo, Pope e Mays (2009) apontam que no contexto da atenção à saúde, uma gama de métodos qualitativos de pesquisa tem sido adotada para abordar questões importantes sobre fenômenos sociais, que variam desde complexos comportamentos humanos, como a adesão dos pacientes ao tratamento e a tomada de decisão por profissionais de saúde, até a organização da clínica hospitalar ou do sistema de saúde como um todo. Logo, o desenho deste estudo se faz defensível ao utilizar da característica exploratória e da natureza qualitativa, a fim de buscar contribuições para um problema identificado: o manejo e encaminhamento de idosos com suspeita e/ou acometidos por AVC na UE do HG.

3.1.1 Etapas da PA

A despeito das nomenclaturas utilizadas para as fases da PA, estas têm como objetivos: o diagnóstico da situação, o planejamento da intervenção, a implementação da intervenção planejada e a avaliação do processo, que ocorrem ciclicamente (Susman, Evered; 1978, Richardson [200-?], Thiollent (2011)). Tais nomenclaturas foram utilizadas nessa pesquisa e seguem descritas.

A **etapa diagnóstica**, conhecida também como exploratória (Thiollent, 2011), consistiu desde o contato com o HG e os profissionais gestores (diretoria de enfermagem e coordenação da UE), para apresentação do projeto, escuta sobre as demandas da UE e consulta sobre a factibilidade da pesquisa no local. Esta etapa foi realizada através de uma reunião, em fevereiro de 2016, onde os gestores pontuaram sua satisfação em colaborar com a pesquisa, através da viabilização de um espaço no HG e de carga horária em escala dos participantes, para que estes pudessem comparecer às oficinas pedagógicas fora do horário de trabalho. Nesse momento, foi combinado o posterior envio de uma carta-convite (APÊNDICE A) para ser repassada aos participantes, a fim de que a coordenação pudesse ter ciências daqueles interessados em participar, para viabilizar a carga horária e ajustar a escala.

Ainda na etapa diagnóstica, houve o momento observacional, entre fevereiro e março de 2016, quando a pesquisadora principal², munida de um roteiro pré-confeccionado (APÊNDICE D), observou a dinâmica da UE, o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita

² A partir deste momento, a mestrande autora da dissertação, será denominada pesquisadora principal. Esta nomenclatura será utilizada visto que as etapas da Pesquisa ação (PA) foram realizadas com suporte de uma equipe de apoio formada por discentes, deste modo, todos foram pesquisadores no processo de construção e implementação da presente PA.

e/ou acometidas pelo AVC, durante um período de cinco dias, conversou com usuários e acompanhantes sobre o atendimento, e com os profissionais de enfermagem sobre a pretensão da intervenção educativa sobre AVC. Ademais, também nessa fase ocorreu a primeira oficina que objetivou estabelecer vínculo e compromisso pesquisadores/ participantes, identificar os saberes dos profissionais de enfermagem sobre a detecção dos sinais e sintomas de AVC, manejo e encaminhamento das pessoas idosas, compreender como ocorre o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE, e que ao final, os participantes produzissem um “mapa ou fluxograma” exemplificando o encaminhamento.

A **etapa de planejamento** ocorreu em todo o processo da PA. Foi iniciada no primeiro encontro com os gestores do HG e, posteriormente, durante a modelagem dos momentos que ocorreriam em cada oficina e em cada atividade (QUADRO 1) que seria executada durante estas, incluindo o planejamento das ações, de modo que as participantes pontuassem aquelas que poderiam ser realizadas a partir das situações e problemas levantados.

A implementação das ações pactuadas aconteceu por parte das participantes do estudo, a partir das propostas levantadas e discutidas nas oficinas, entre maio e junho de 2016, quando houve também a definição de responsáveis pela execução de cada uma das ações e a maneira pela qual estas poderiam ser viabilizadas. O retorno destas ações foi apresentado e discutido na última oficina proposta.

A **etapa de avaliação**, assim como as demais, ocorreu de forma contínua, pois, ao final de cada oficina houve uma avaliação imediata com instrumento próprio (APÊNDICE I), de modo que as participantes pudessem demonstrar o que consideravam que deveria conter nas próximas oficinas e como foi a vigente. Em cada oficina foi lido, também, o relatório síntese da oficina anterior, de forma grupal, para que todos pudessem perceber a progressão do processo e opinar sobre ele. Além dessas avaliações, ao final do estudo, após dois meses de pausa da oficina anterior, na quinta oficina houve uma avaliação geral do processo, em agosto de 2017, com questões norteadoras previamente estabelecidas (APÊNDICE H). Esse momento teve como finalidade conhecer o impacto de tudo que foi planejado, discutido e implementado durante a PA, na vida pessoal e profissional dos participantes.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UE do HG, situado na cidade de Salvador-Ba. Tal unidade é referência para o AVC no estado. Segundo a Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB,

2014), atualmente o HG conta com 640 leitos de internação para diversas especialidades, como neurocirurgia, nefrologia, traumatismo raquimedular, traumato - ortopedia, AIDS, gestação de alto risco e gastroenterologia.

Além desses, o HG possui também 59 leitos de UTI, sendo 22 adultos, 12 pediátricos e 25 neonatais, e 14 leitos na U-AVC, com monitorização multiparamétrica completa, dos quais dois são para pacientes que necessitem de ventilação mecânica e um reservado para realização de trombólise (SESAB,2014). Em situações emergenciais, quando o leito reservado para trombólise já está em uso, os outros leitos também podem ser utilizados para a realização da terapia trombolítica.

Ademais, a UE possui uma Sala Amarela e Sala Verde com 30 leitos; Sala de Medicções com 21 poltronas e 13 cadeiras; e Sala Vermelha, com quatro leitos. Essas salas diariamente atuam com uma demanda acima da sua capacidade. Sobre os recursos humanos de enfermagem, a UE possui 44 enfermeiros e 84 técnicos atuantes, segundo escala disposta no período da pesquisa.

Sobre a U-AVC, trata-se da única unidade especializada em AVC no serviço público de saúde na Bahia, e busca proporcionar aos seus usuários um atendimento diferenciado, otimizando a assistência neurológica aos pacientes acometidos por tal afecção. Este foi um projeto pioneiro, desenvolvido no HG, cuja inauguração ocorreu no dia 14 de maio de 2012, sendo a primeira unidade posta em funcionamento após a publicação da Portaria 664, de 12 de abril de 2012, na qual o Ministério da Saúde dispõe sobre o tratamento do AVC pelo SUS (SESAB, 2014).

Esta unidade recebe admissões de pacientes com suspeita de AVC e outras neuropatias, provenientes do domicílio, de outros hospitais ou unidades, ou trazidos pelo SAMU; estes pacientes são acompanhados por neurologistas 24 horas por dia, enfermeiros capacitados para o manejo em neuropatias (especificamente AVC) e técnicos de enfermagem que recebem treinamentos periódicos sobre o manejo de pacientes com AVC e outros agravos.

O HG é beneficiado pelo programa “SOS Emergência” do Ministério da Saúde, como estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios, para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS, nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do serviço público, conforme Portaria nº1.663, de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012c).

A demanda para este HG agrega moradores de todo o estado, uma vez que é referência em procedimentos de alta complexidade, e no atendimento a pacientes com AVC, sendo o segundo maior hospital de emergência da Bahia. Desta forma, a escolha deste *locus* se fortaleceu por se tratar de um hospital público de referência no suporte ao paciente com AVC, com implantação do preconizado pela linha do cuidado ao AVC (BRASIL, 2012b).

De acordo com Abreu (2015), o hospital atende, em média, 350 pessoas por dia, nas três Emergências (Obstetrícia, Pediátrica e Adulto). Além disso, de acordo com os princípios do ACCR (BRASIL, 2004), praticado por este e outros grandes hospitais de urgência e emergência, os pacientes são atendidos e acomodados em ambientes de acordo com a menor ou maior gravidade do quadro que apresentam, sendo classificados por cores.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram profissionais da equipe de enfermagem que atendessem aos critérios: atuar na UE e U-AVC do hospital, aceitassem participar, de forma livre e esclarecida, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APENDICE B), e participasse de pelo menos duas das oficinas pedagógicas. Seriam excluídos os profissionais que comparecessem a apenas uma oficina, contudo, tal situação não ocorreu.

Foram convidados os profissionais da equipe de enfermagem da U-AVC, pelo fato de fazerem parte do encaminhamento dos usuários idosos acometidos, a partir da sua admissão na UE, e por serem ricos colaboradores no compartilhamento de experiências e saberes a respeito da detecção precoce e manejo destas pessoas.

Antes do início da coleta, foi distribuída aos profissionais atuantes na UE e U-AVC, de forma impressa, por *e-mail* e via aplicativo de celular, cujos contatos foram disponibilizados pela coordenação de enfermagem, uma carta-convite, apresentando o projeto de pesquisa, o método a ser utilizado e esclarecendo a forma de participação deles durante as oficinas, e os critérios para participar. Esta foi também fixada em cada sala da UE. Além disso, durante o período de observação, no contato com esses profissionais foi explicado sobre a finalidade da pesquisa. Esta divulgação foi necessária para o alcance do maior número de profissionais de enfermagem.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da observação não participativa e oficinas pedagógicas com o grupo de profissionais, com a finalidade de compreender como ocorre o

manejo e o encaminhamento de idosos com suspeita e/ou acometidos pelo AVC na UE, levantar diagnósticos relacionados aos fatores intervenientes e os saberes dos profissionais acerca do manejo clínico e encaminhamento destes, estabelecer intervenções e avaliar a efetividade da implementação destas e de todo o processo educativo.

A observação não participativa ocorreu através de visitas às unidades *lócus*, seguindo um roteiro de observação (APÊNDICE D), onde foram anotadas, sistematicamente, as impressões sobre a dinâmica da unidade, dificuldades assistenciais e gerenciais, manejo e encaminhamento desses idosos, durante a fase de observação. O roteiro foi elaborado especificamente para este fim, com base nas orientações do Manual de rotinas para atenção ao AVC (BRASIL, 2013) e da Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012, referente à Linha de cuidados em AVC (BRASIL, 2012b).

Para a observação foram realizadas 5 visitas, com duração em média de 3 a 4 horas cada uma. Duas visitas foram feitas no período matutino das 9 às 12 horas; duas no período vespertino das 14 às 18 horas, e uma visita no período noturno, das 18 às 21 horas. Essas visitas aconteceram entre 16/03 e 04/05/2016, com cronograma aprovado previamente pela diretoria de enfermagem do hospital. As mesmas foram importantes para aproximar a pesquisadora da unidade e dos profissionais de enfermagem, e auxiliou no diagnóstico situacional, juntamente com o encaminhamento e interpretação das discussões geradas nas oficinas.

Em relação às oficinas, foram realizadas 05 oficinas pedagógicas, uma a mais do que se pretendia inicialmente, visto que na primeira não compareceram os profissionais da UE, apenas duas profissionais da U-AVC; deste modo, esta primeira oficina foi considerada como oficina-teste e houve posterior repetição desta com a presença de participantes da UE e U-AVC.

Pope e Mays (2009), comentando sobre a utilização do método observacional atrelado às entrevistas que foram realizadas nas oficinas, relatam que é comum o uso da observação nas avaliações qualitativas das políticas para corroborar ou relativizar os relatos feitos pelos entrevistados. Exemplificam que as entrevistas podem revelar uma abordagem em particular para tomada de decisão em uma organização de serviço de saúde que pode, então, ser estudada mais de perto, mais diretamente, pela observação de como essa dinâmica ocorre e como as decisões específicas são tomadas.

Nestas oficinas pedagógicas existiram momentos de discussão com o grupo, através de perguntas norteadoras pré-estabelecidas, dinâmicas relacionadas à temática de AVC em idosos,

levantamento de problemas, busca por soluções e avaliação da implementação destas; por acreditar que estes momentos contribuam substancialmente para a produção de conhecimento e modificação da realidade.

Essas duas formas de coleta possibilitaram a pesquisadora principal agregar, à sua percepção durante a observação, saberes e experiências dos profissionais envolvidos, auxiliando na condução da PA. De acordo com Thiollent (2011), a oficina pedagógica promove a ação coletiva e potencializa o espírito crítico e participativo. Paviani e Fontana (2009) pontuam que a “oficina é uma forma de construir conhecimento, com ênfase na ação, sem perder de vista, porém, a base teórica [...]. Uma oficina é, pois, uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos” (p. 78).

Sobre os instrumentos utilizados para a coleta de dados durante as oficinas, foi distribuído, inicialmente, além do TCLE, um questionário individual, com campos referentes à caracterização profissional do participante, como: sexo, idade, tempo de formação e atuação na área de emergência, tempo de atuação nesta unidade, se já participou de algum evento relacionado que abordasse a temática de AVC, se já leu ou assistiu algo relacionado ao AVC em idosos, dentre outras perguntas de caracterização (APÊNDICE C). Os demais instrumentos utilizados nas oficinas foram aplicados de forma grupal, sendo específicos para cada oficina (APÊNDICE D-G), contendo perguntas norteadoras de discussão, relacionadas aos objetivos de cada encontro. Ao final de cada oficina, foi solicitado às participantes que avaliassem o andamento desta e dessem sugestões para as próximas (APÊNDICE I).

Foram tomados todos os cuidados para não interferir na rotina de trabalho das unidades, e a pesquisadora principal buscou adequar o momento das oficinas e observações, conforme a disponibilidade ofertada pela Diretoria de Enfermagem do HG e da Coordenação de Enfermagem da UE e U-AVC. Foi solicitada permissão da coordenadora de enfermagem da emergência e da U-AVC para o acesso às escalas de serviço a fim de facilitar o controle, organização das oficinas e adequação aos horários de trabalho das profissionais.

A coordenação da UE se colocou à disposição e colaborou efetivamente para a realização das intervenções educativas. Assim, a partir da segunda oficina, foi pactuada uma escala de comparecimento, onde os profissionais que demonstraram interesse espontâneo em participar foram organizados de forma que estivessem presentes em, no mínimo, duas oficinas. Foi

disponibilizada carga horária extra, pela coordenação, no banco de horas destes profissionais, para cada encontro que participassem, e ao término dos encontros, todos os participantes receberam uma declaração contendo a temática do estudo e carga horária total referente ao número de encontros que cada um participou, como forma de capacitação sobre AVC em idosos.

As oficinas, que foram gravadas em áudio para posterior transcrição, foram realizadas à luz dos princípios de Thiollent (2011), ao pontuar os processos argumentativos que devem existir em toda a PA:

- Colocação dos problemas a serem estudados conjuntamente por pesquisadores e participantes;
- “Explicações” ou “soluções” apresentadas pelos pesquisadores e que são submetidas à discussão entre os participantes;
- “Deliberações” relativas à escolha dos meios de ação a serem implementados;
- “Avaliações” dos resultados da pesquisa e da correspondente ação desencadeada (p.18).

Nestas oficinas, a pesquisadora principal assumiu o papel de moderadora do grupo de discussão, desempenhando atividades como: iniciar e encerrar os encontros, controlar o tempo de cada atividade; direcionar as perguntas norteadoras ao grupo; conduzir de forma imparcial e aprofundar as discussões quando necessário; apresentar o referencial teórico planejado para cada oficina; e observar as respostas como expressões de conhecimento e interação dos participantes.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITI), sendo contemplado com uma bolsa para realização do plano de trabalho referente à proposta da PA.

Deste modo, a pesquisadora principal contou com o apoio de uma equipe de 2 mestrandas em Enfermagem (voluntárias), 1 bolsista do PIBITI (graduando de fisioterapia) e, em média, 3 estudantes de graduação em fisioterapia e enfermagem (voluntários), que exibiram interesse pela proposta e auxiliaram efetivamente na execução das oficinas. Todas as pessoas que auxiliaram a pesquisadora principal na execução das oficinas são membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI) da Universidade Federal da Bahia.

Durante cada oficina, as funções organizacionais eram divididas previamente de modo que, além da pesquisadora principal assumindo o papel de moderadora das discussões e apresentadora das propostas de cada momento, uma pessoa ficava responsável por observar as reações dos participantes às atividades propostas, e anotar, no momento das perguntas

norteadoras, a ordem das respostas precedidas pelo codinome exposto nos crachás, entregues no início de cada oficina (enf1,tec enf2 ...); outra pessoa ficava também responsável por anotar a ordem das falas (para uma dupla checagem posterior, a fim de facilitar na transcrição), e cronometrar o tempo disponível para cada atividade da oficina, levantando placas que orientavam a pesquisadora principal em quanto tempo ainda tinha para finalizar cada atividade; duas pessoas ficavam responsáveis pela distribuição dos crachás, balas, cartões de boas-vindas, fichas de identificação e TCLE no início de cada oficina, e ao final, se responsabilizavam por servir o coffee-break; uma última pessoa dava suporte à pesquisadora principal, recolhendo as fichas e ofertando água, café e suco aos participantes.

A estrutura das fases que constituíram a pesquisa-ação, contendo a coleta de dados, é sintetizada a seguir (figura 1), tendo como base Thiollent (2011).

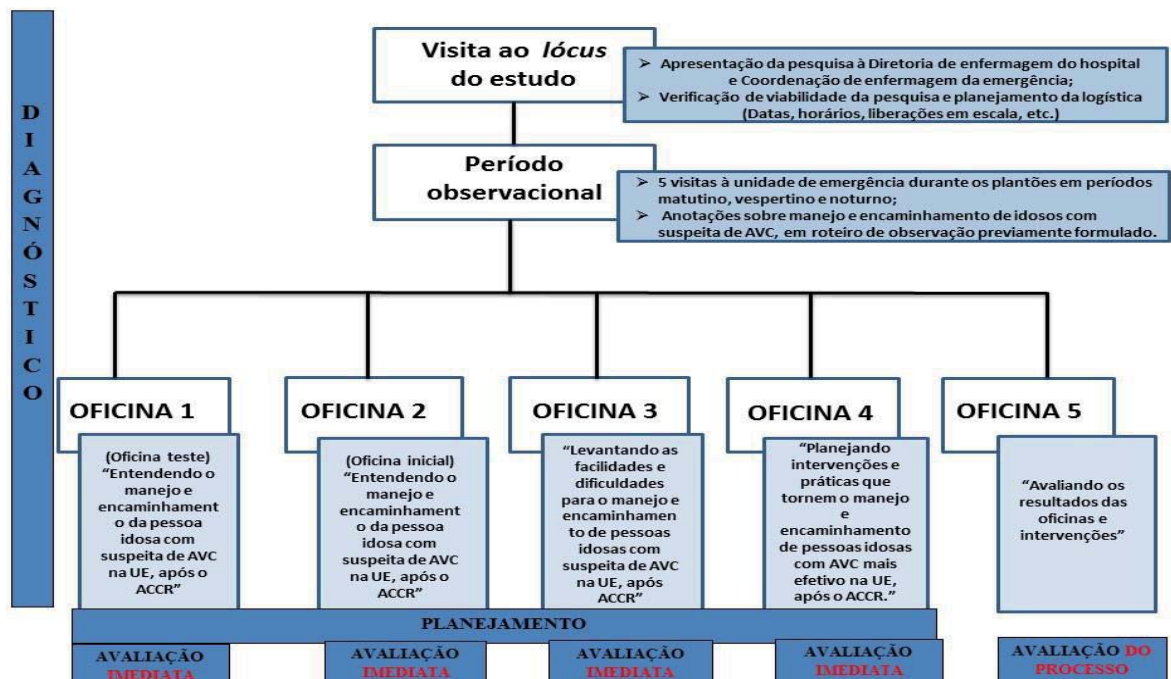


Figura3. Fluxograma de atividades para coleta de dados da pesquisa. Salvador-Bahia, 2016

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal. Adaptado das fases da Pesquisa-ação propostas por Thiollent,2011.

A organização das oficinas foi baseada na publicação de Paviane e Fontana (2009) quanto à sua metodologia. No quadro 1 é sintetizada a estrutura das quatro oficinas pedagógicas como proposta para execução:

Quadro 1. Esquema da constituição das oficinas pedagógicas, quanto aos objetivos e métodos, a serem realizadas no HG. Salvador-Bahia, 2016.

OFICINA teste + OFICINA 1	OFICINA2	OFICINA3	OFICINA4
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer vínculo e compromisso pesquisadores/participantes; - Identificar os saberes dos profissionais de enfermagem sobre a detecção dos sinais e sintomas de AVC, manejo e encaminhamento das pessoas idosas; - Conhecer como ocorre o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE; -Participantes produzam um “mapa ou fluxograma” exemplificando o encaminhamento. 	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discutir relatório da oficial; -Descobrir, conforme relatos dos profissionais de enfermagem, quais os fatores intervenientes no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE; -Participantes produzam, de forma escrita, fichas contendo fatores que contribuem positiva e negativamente neste processo. 	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discutir relatório das oficinas 1 e 2; -Produzir de forma grupal, um quadro com os fatores intervenientes levantados na oficina anterior; de quem depende direta e indiretamente a resolução ou minimização dos problemas detectados, e se isso ocorrerá a curto, médio ou longo prazo 	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discutir relatório das oficinas 1, 2 e 3; -Avaliar, através dos relatos de participantes, o encaminhamento das atividades propostas nas oficinas; -Avaliar, através dos relatos de participantes e produção escrita destes, o impacto das oficinas nas práticas de manejo e encaminhamento à pessoa idosa com suspeita de AVC na unidade de emergência. -Confraternizar com os pesquisadores/participantes e realizar fechamento oficial das atividades práticas da pesquisa-ação.
<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dinâmica de grupo; -Apresentação da pesquisa aos profissionais de enfermagem; -Preenchimento individual do instrumento de caracterização. -Questões norteadoras expostas pela pesquisadora principal, com discussão grupal, gravada e anotada ordem das falas; -Criação de fluxograma em papel metro, participação de 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dinâmica de grupo; -Leitura dialogada do relatório da oficina anterior; -Apresentação de relato de caso, vivenciado no período observacional; 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dinâmica de grupo; -Leitura dialogada do relatório das oficinas anteriores; -Apresentação de relato de caso, vivenciado no período observacional; - Questões norteadoras expostas pela pesquisadora principal, com discussão grupal, 	<p>Métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leitura dialogada do relatório das oficinas anteriores; -Roda de conversa sobre a situação das intervenções na UE; e sobre o impacto das oficinas pedagógicas para cada profissional; -Expor o resultado final das produções durante as oficinas; -Dinâmica de grupo para

<p>todos.</p> <p>-Exposição dialogada pela pesquisadora principal sobre evidências a respeito do manejo do paciente idoso com suspeita de AVC.</p>	<p>-Questões norteadoras expostas pela pesquisadora principal, com discussão grupal, gravada e anotada ordem das falas;</p> <p>-Criação do quadro de fatores intervenientes em “papel metro”</p>	<p>gravada e anotada ordem das falas;</p> <p>-Criação do plano de ação em “papel metro”, indicando: fator interveniente, se a resolução seria a curto, médio ou longo prazo e quais os responsáveis pela resolução ou reforço destes.</p>	<p>finalização das atividades pedagógicas.</p>
<p>Literatura compartilhada na oficina:</p> <p>- Manual Rotinas para atenção ao AVC. MS. Brasil 2013.</p>	<p>Literatura compartilhada na oficina:</p> <p>- Manual Rede de Atenção Urgências, MS. Brasil, 2013.</p>	<p>Literatura compartilhada na oficina:</p> <p>- Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012. Linha de cuidados em AVC.</p>	<p>-----</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora principal, com base na publicação de Paviani e Fontana (2009).

Foi convidado para cada oficina, exceto a de avaliação, um neurologista atuante na U-AVC. Após os momentos de discussão em grupo com os relatos genuínos dos participantes, o médico neurologista adentrava ao local da oficina e era iniciada uma roda informal de conversa sobre o AVC, sua repercussão no geral e em pessoas idosas, a importância da implementação dos cuidados necessários e como estes cuidados devem ser. Participavam deste momento todos os membros da equipe de apoio, a pesquisadora principal, os profissionais de enfermagem participantes do estudo e o médico convidado do referente dia. Nesta roda de conversa eram dirimidas eventuais dúvidas que as pessoas apresentassem verbalmente ou de forma escrita, através de uma caixa específica para perguntas, e eram compartilhadas experiências sobre o manejo e encaminhamento destes idosos na UE.

3.4.1 Oficina 1 - oficina teste

A primeira oficina pedagógica intitulada “Entendendo o manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC na UE, após o ACCR” foi realizada em 17 de maio de 2016, no prédio anexo ao HG. Contou com a participação de duas profissionais, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, com duração de três horas. Este encontro teve como finalidade: o estabelecimento de vínculo e compromisso entre pesquisadores e participantes, identificar os saberes dos profissionais de enfermagem sobre a detecção dos sinais e sintomas do AVC, manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita deste agravo e identificar como ocorrem estas atividades na UE.

No dia da realização dessa oficina, a qual foi conduzida por roteiro específico (APÊNDICE J), as participantes receberam o TCLE (APÊNDICE B) e crachá. Antes de iniciá-la, a pesquisadora principal deu as boas-vindas se apresentou ao grupo, explicou os objetivos do estudo e passou as datas das próximas oficinas. Enfatizou a importância da participação das profissionais em todos os encontros e apresentou a equipe de apoio. Em seguida, mostrou um vídeo de abertura, iniciando, posteriormente a discussão sobre o tema abordado no vídeo.

Após esse momento foi realizada uma dinâmica em grupo, onde a mediadora perguntou as pessoas ali presentes algo que elas soubessem fazer sem que estivesse relacionado com a enfermagem. Ela correlacionou essas qualidades ao cuidado humanizado e a importância das características peculiares de cada profissional, para realização efetiva de atividades do cuidado. Então, a dinâmica foi finalizada.

Logo após, foi realizado alongamento de membros superiores e inferiores e exercícios de relaxamento e respiração, sob orientação de uma fisioterapeuta integrante da equipe de apoio. Terminado esse momento, a mediadora começou a apresentação de um caso clínico, quando os participantes começaram a discussão sobre este.

Ao final da discussão, a moderadora lançou as questões norteadoras para discussão grupal. Os participantes foram instruídos a falar apenas na sua vez, para que fosse mais fácil à identificação das falas no momento da transcrição. As questões norteadoras foram: O que vocês sabem sobre sinais e sintomas de AVC? Você acredita que existem diferenças na identificação, no manejo e nos desfechos clínicos do AVC em pessoas jovens com relação às idosas? Se sim, quais diferenças? O que você faz após receber, em sua unidade, uma pessoa idosa com suspeita de AVC? O que você faz após suspeitar que uma pessoa idosa esteja sofrendo, ou sofreu AVC na

UE? Quais os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve ter quando estão com um paciente idoso com suspeita de AVC?

Após este momento, foi iniciado o “momento mãos à obra”, que se caracterizou pela expressão escrita dos participantes, sendo repetido em todas as oficinas com proposta diferentes. Este momento foi pensado com o intuito de garantir que todos se expressassem igualmente, mesmo os participantes mais inibidos que não se sentiam à vontade em contribuir frequentemente na discussão grupal. Deste modo, no momento mãos à obra, todos escreviam de forma individual, e depois se uniam em grupo para a produção de algum material de exposição em papel-metro ou cartolina.

Neste dia, esse momento constou da construção de um fluxograma, exemplificando como ocorre o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na unidade de emergência e quais são as práticas de enfermagem no manejo destes pacientes em cada etapa do fluxograma.

Ao final da oficina, em horário previamente marcado, houve o encontro com uma neurologista da U-AVC, para fazer uma roda de conversa com os participantes. Neste momento, era passada uma caixa personalizada com sinais de interrogação, denominada “caixinha de perguntas”, onde os participantes poderiam colocar perguntas, caso não se sentissem a vontade para fazê-las verbalmente.

Ao final, foi entregue uma declaração de participação a neurologista, e todos foram convidados para um *coffee-break*.

3.4.2 Segunda oficina pedagógica - repetição da oficina teste com participantes diferentes

Intitulada “Entendendo o manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC na UE, após o ACCR”, foi realizada em 31 de maio de 2016, mantendo os mesmos objetivos, roteiros e atividades realizadas na oficina 1 (teste). Contou com a participação de sete profissionais, sendo seis enfermeiras e um técnico de enfermagem, com duração média de três horas.

Após o alongamento/relaxamento, a mediadora começou a apresentação do caso clínico, seguido da discussão grupal. Em seguida, deu-se início as perguntas norteadoras, sendo estas as mesmas utilizadas na oficina teste. Com base na experiência da oficina anterior (teste), percebeu-se a necessidade de introdução de um novo elemento para organizar as falas/discussões; assim, foi utilizada uma flor sintética, colocada na mesa, e os participantes foram instruídos a pegar a

flor quando quisessem se posicionar na discussão, e que mantivessem esta durante toda a sua fala.

Foi sinalizado que a flor representava a pessoa idosa com suspeita de AVC, sendo sensível e necessitando de cuidados, e também representava a vez de comentar no momento, para que não houvesse confusão nas falas durante a gravação, o que facilitou para a não interrupção destas.

Terminada a apresentação e discussão do caso, deu-se início ao “momento mãos à obra”, e logo após, foi realizado um sorteio de kits contendo: manual do Ministério da Saúde sobre rotinas para atenção ao AVC, garrotes, termômetros, estetoscópios, massageadores, dentre outros dispositivos. A “caixinha de perguntas” já se encontrava sob a mesa dos participantes, para ser utilizada no momento da roda de conversa com o neurologista, que aconteceu logo após. A oficina foi concluída com um *coffee-break*.

3.4.3 Terceira oficina pedagógica

Intitulada “Levantando as facilidades e dificuldades para o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE, após ACCR”, foi realizada em oito de junho de 2016, no prédio anexo ao hospital *lócus* do estudo. Contou com a participação de uma técnica de enfermagem e quatro enfermeiros todas atuam na emergência, com duração média de três horas. Este encontro teve como finalidade: Discutir relatório da oficina1; descobrir, conforme relatos dos profissionais de enfermagem, quais os fatores intervenientes no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE; e, produzir de forma grupal, um quadro com estes fatores intervenientes e de quem depende direta e indiretamente a resolução ou minimização dos problemas detectados.

No dia da realização dessa oficina, a qual foi conduzida por roteiro específico (APÊNDICE K), a pesquisadora principal iniciou as atividades dando boas-vindas e entregando cartões e crachás; pediu que os presentes assinassem a lista de frequência e recebeu destes a ficha de caracterização dos participantes e o TCLE após devida explicação do mesmo. Em seguida a pesquisadora principal apresentou a programação da oficina e realizou o primeiro sorteio de kits de brindes deste dia, conforme anteriormente citados, e logo após iniciou-se a dinâmica da caixa do desafio.

Esta dinâmica consistiu em passar pelas mãos dos participantes uma caixa de presentes durante a escuta de uma música, à medida que a música parasse de tocar, o participante que

estivesse com a caixa na mão poderia escolher entre aceitar o desafio que estava contigo ocultamente na caixa, ou continuar passando a caixa para seus colegas. Ao término da dinâmica, o que aceitou o desafio e abriu a caixa encontrou uma caixa de chocolates dentro dela e o desafio era ficar com a caixa para si e dividir os chocolates com quem ele quisesse. A pesquisadora principal fez com os participantes, ao final, a associação de que, muitas vezes, eles enfrentariam desafios grandes ao decidir assumir práticas novas em seu campo assistencial, outros profissionais podem decidir não assumir esta responsabilidade e apenas repassar aos outros colegas, porém, aos que aceitarem o desafio, o desfecho pode ser recompensador.

Em sequência, a mediadora explicou como aconteceram as oficinas anteriores e apresentou aos participantes o caso clínico proveniente da fase de observação da pesquisa, dando início depois ao momento das perguntas norteadoras. A mediadora sempre instruiu aos participantes que cada um falasse na sua vez, em posse da flor sintética em suas mãos.

Foram as perguntas norteadoras: “Existe algum aspecto na detecção dos sinais e sintomas de AVC, monitorização e encaminhamento desta pessoa idosa, que você possui dúvidas? Qual?”, então foi aguardado o momento de respostas dos participantes e ao fim das repostas foi realizada a continuação da leitura do caso clínico, para melhor compreensão dos participantes. Finalizada a leitura foi realizada a pergunta norteadora: “Quais são os fatores, que você entende contribuir negativamente nesta UE, para o manejo da pessoa idosa com suspeita de AVC?”.

Finalizado o momento de discussão desta, partiu-se para as demais perguntas: “Qual são os fatores, que você entende como negativos nesta UE, para o encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC?”, “Quais são os fatores, que você entende contribuir positivamente nesta UE, para o manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC?”.

Após a discussão das respostas, foi finalizado o momento de perguntas e iniciado o momento “mãos à obra”, quando foi entregue para cada participante uma folha em branco, na qual eles deveriam preencher com fatores que dificultam ou contribuem para o manejo e encaminhamento da pessoa idosa. Durante o momento, a mediadora fez o segundo sorteio dos brindes supracitados.

Após esse momento foi iniciado o bate-papo com um médico neurologista convidado, onde foram sanadas todas as dúvidas expostas pelos dos participantes, e também feita uma abordagem geral do que é o AVC, seus sinais e sintomas clássicos, as doenças que mimetizam o AVC, as principais complicações e, sinteticamente, como realizar o manejo e encaminhamento

efetivos. Ao fim foi servido um *coffe-break* para pesquisadores, participantes e convidado, e finalizada a terceira oficina pedagógica.

3.4.4 Quarta oficina pedagógica

Intitulada “Planejando intervenções e práticas que tornem o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com AVC mais efetivo na UE, após o ACCR”, foi realizada em cinco de julho de 2016, no prédio anexo ao HG. Contou com a participação de 11 profissionais, seis técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros, com duração média de três horas.

Este encontro teve como finalidade: Discutir relatório das oficinas 1 e 2; continuar plano de ação, descrevendo-os, e avaliar as estratégias estabelecidas na oficina. A oficina foi conduzida por roteiro específico (APÊNDICE L). A pesquisadora principal iniciou as atividades dando boas-vindas e entregando cartões e crachás; pediu que os presentes assinassem a lista de frequência e recebeu destes a ficha de caracterização dos participantes. Logo após, esta moderadora apresentou a programação da oficina e realizou uma dinâmica com o grupo; em seguida foi discutido sobre o objetivo da dinâmica para vida de cada um dos participantes e foi feito o primeiro sorteio de *kits*, deste dia, já citados anteriormente.

Após isso, a mediadora explicou como aconteceram as oficinas anteriores e foi apresentado para os participantes o caso clínico, deu-se início ao momento das perguntas norteadoras, os participantes da equipe de apoio estavam observando e anotando a ordem das falas dos participantes. A primeira pergunta: “O que você acha que poderia ser feito para melhorar o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC nesta UE?” A discussão foi longa e abrangeu a segunda pergunta a qual era: “Como você profissional de enfermagem da UE, pode ajudar no manejo adequado de pessoas idosas com AVC aqui?”, sendo assim, foi feita a última pergunta: “Como você, profissional de enfermagem da UE, pode ajudar no encaminhamento adequado de pessoas idosas com AVC?”.

Finalizada a discussão conduzida com as perguntas norteadoras, iniciou-se o “momento mãos à obra”, momento este em que os participantes foram divididos em dois grupos, cada grupo teria que escrever na cartolina intervenções para cada um dos fatores negativo apresentados por eles em oficina anterior, se estas ações poderiam ser colocadas em prática a curto, médio ou longo prazo, e quem seriam as pessoas, equipes ou instituições responsáveis pela execução das intervenções.

Terminado o “momento mãos à obra”, o médico neurologista convidado compareceu ao auditório e foi dada a oportunidade de fala a este, momento em que se esclareceram as dúvidas e foram respondidas às perguntas dos participantes.

Após explanações do médico, a pesquisadora principal entregou a declaração de palestrante, e finalizado estas atividades, a oficina foi concluída e deu-se a abertura ao momento do *coffee-break*.

3.4.5 Quinta oficina pedagógica

Intitulada “Avaliando os resultados das oficinas e intervenções”, esta oficina seria realizada na data de 14 de julho de 2016, entretanto por condições climáticas desfavoráveis e forte chuva na cidade, os participantes fizeram contato com a equipe de apoio momentos antes da oficina sinalizando a indisponibilidade de comparecerem. Foi, então, realizada em dois de agosto de 2016, no prédio anexo ao hospital *locus* do estudo. Contou com a participação de nove profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem, com duração média de três horas.

Este encontro teve como finalidade: Discutir relatório das oficinas 2, 3 e 4; avaliar o encaminhamento das atividades propostas nas oficinas; avaliar impacto das oficinas na opinião de cada profissional, em suas práticas assistenciais e em seu campo de trabalho; confraternizar pesquisadores/participantes, e realizar o fechamento oficial dos encontros presenciais da PA.

No dia da realização dessa oficina, a qual foi conduzida por roteiro específico (APÊNDICE M), a pesquisadora principal iniciou as atividades dando boas-vindas e entregando cartões e crachás; pediu que os presentes assinassem a lista de frequência e recebeu destes a ficha de caracterização dos participantes o TCLE. Em seguida foi feito sorteio do primeiro brinde, e dando continuidade ao momento, a fisioterapeuta da equipe de apoio convidou os presentes para realizarem uma sessão de relaxamento, antes que começasse as atividades do dia e a entrevista.

Finalizado este momento, a moderadora iniciou à exposição dialogada apresentando as perguntas norteadoras para avaliação: “A pesquisa trouxe alguma contribuição para vocês enquanto pessoas/profissionais. Se sim, qual (quais)?”, “A pesquisa trouxe alguma contribuição em sua forma de cuidar de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE? Se sim, qual (quais)?”, “A pesquisa ocasionou melhorias nos fatores que interferiam/interferem no manejo de pessoas idosas com suspeita AVC na unidade de emergência? Quais?”.

As demais perguntas também nortearam a discussão: “A pesquisa ocasionou melhorias nos fatores que interferiam/interferem no encaminhamento de pessoas idosas com suspeita AVC na unidade de emergência? Quais?”, “Todas as ações programadas foram efetivamente implementadas? Caso negativo, pontue o que você considera como motivos”. As falas foram gravadas por dois membros da equipe de apoio, enquanto um deles anotava a ordem correta de fala dos participantes precedida de seu codinome.

Sequencialmente, foi apresentado e discutido o quadro de intervenções, proveniente dos relatos deles e da produção manual na oficina anterior; então, os profissionais escreveram em folha de papel ofício, as influências que tiveram em suas práticas laborais e em seu campo de trabalho, a partir da realização das oficinas. A pesquisadora principal falou sobre a importância de darem continuidade às intervenções sugeridas por eles, e sobre a importância da equipe de enfermagem em todo o processo.

Ao término desta oficina, a pesquisadora principal trouxe a seguinte reflexão “Freireana “para todos: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação e reflexão”. Foi explicada a aplicação desta frase para este novo contexto em que eles se inseriam, e após isso foi feito o sorteio do segundo brinde e a equipe de apoio agradeceu a presença dos participantes em todo o processo da pesquisa-ação. As atividades foram finalizadas com a confraternização e degustação de um *coffee-break* entre participantes e equipe de apoio.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia em 05/08/2015, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 43523315.5.0000.5531 e parecer consubstanciado de número: 1172310; após aprovação da emenda pelo CEP contendo as especificações do presente estudo, a pesquisadora principal prosseguiu com a coleta de dados. Nesta coleta foram considerados os princípios incorporados na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,2012d).

Foram assegurados aos profissionais que aceitarem participar da pesquisa o direito de desistir de sua participação a qualquer momento, e informações detalhadas sobre a natureza do estudo, afim de um esclarecimento digno consoante ao princípio de autonomia. Foi esclarecida a importância da participação destes em todas as oficinas, porém respeitadas as limitações e liberdade de escolha de cada profissional.

Como riscos, este estudo apresentou a possibilidade de interferência em sua rotina de trabalho, oferecer aos participantes algum grau de constrangimento relacionado à exposição dos dados fornecidos, dentre outros. Contudo, todas as medidas possíveis foram adotadas para que estes riscos não se tornassem reais de acordo com o princípio da não-maleficência. Foi esclarecida também sobre a possibilidade de contribuição das informações deste estudo para a instituição em que trabalham, outras de unidades de emergência, bem como para o meio científico; logo existe possibilidade de um proveito posterior indireto; atendendo ao princípio da beneficência.

Por fim, após receberem informações sobre os objetivos da pesquisa, metodologia, riscos, benefícios foi entregue o TCLE e todos os profissionais que aceitaram participar assinaram o TCLE.

As profissionais participantes foram asseguradas a confiabilidade, o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas, de forma que os dados obtidos não foram associados à sua pessoa no momento da leitura do trabalho a partir da atribuição de pseudônimos aos envolvidos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Simultaneamente ao período de coleta de dados, após a fase observacional e durante o período das oficinas pedagógicas, o discurso coletivo emergido através das entrevistas em grupo sobre o manejo e encaminhamento de idosos com suspeita e/ou acometidos pelo AVC nesta UE foi analisado, utilizando-se da técnica da análise de conteúdo temática. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Minayo(2010a) pontua que, operacionalmente, a análise de conteúdo temática desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. Segundo ela, durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Já a categorização, consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, e a partir daí, segundo o autor, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado

inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

Portanto, a análise ocorreu inicialmente com base na observação diagnóstica da UE, conforme princípios de Minayo (2010b) sobre roteiros de observação, pontuando como ocorre o manejo e encaminhamento de pacientes admitidos com suspeita e/ou acometidos pelo AVC e como são conduzidos pela equipe. Posteriormente, ao término de cada uma das 05 oficinas, a pesquisadora principal sob encaminhamento de sua orientadora, produziu o relatório do encontro a partir das questões levantadas na oficina e dos discursos apreendidos pelas falas das profissionais participantes, após sua transcrição.

A técnica de análise de conteúdo temática, após a fase observacional, foi utilizada para analisar o material verbal coletado nas entrevistas realizadas em oficinas pedagógicas, extraindo de cada um destes depoimentos as ideias centrais ou categorias emergentes destes discursos, para obter a ideia da coletividade. A intenção da utilização desta técnica foi fazer esta coletividade de enfermeiros e técnicos de enfermagem falarem, nos resultados do estudo, respondendo às questões do estudo por meio das perguntas norteadoras aplicadas grupalmente. Deste modo descobriu-se quais os principais fatores intervenientes ao manejo e encaminhamento efetivos, na UE, de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, quais as propostas para modificação desta realidade, como as intervenções estarão sendo encaminhadas e ao final o que representou esta PA para estes profissionais.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na UE do HG trabalham 44 enfermeiros e 84 técnicos de enfermagem, segundo escala disposta na sala de Coordenação de enfermagem da unidade. Este número de profissionais foi contabilizado pela coordenadora e informado à pesquisadora principal. A cada plantão de doze horas, a unidade conta com cerca de sete enfermeiros assistenciais e de treze a quinze técnicos de enfermagem. Estes profissionais são dimensionados em forma de rodízio nas salas: amarela, sala de medicação, sala verde, sala vermelha e Acolhimento com classificação de risco. Além destes profissionais, a unidade possui um enfermeiro de supervisão nas 24 horas (intercalando 12 horas entre os profissionais) e dois enfermeiros que intercalam as atividades de coordenação em horário administrativo todos os dias.

Apesar do quantitativo de profissionais, a elevada demanda de pacientes à espera de atendimento e nos corredores e macas da emergência tornam seu número insuficiente para uma atenção efetiva.

Participaram deste estudo dezoito profissionais da equipe de enfermagem, sendo 7 técnicos de enfermagem e 11 enfermeiros. Destes profissionais, 2 técnicos e 1 enfermeira atuavam na U-AVC (sendo incluídos para enriquecimento das discussões), e 5 técnicos de enfermagem e 10 enfermeiros atuavam efetivamente na UE. A frequência de participação nas oficinas foi variável, tendo uma média de dois encontros por profissional. No quadro 2 é apresentado o quantitativo e codinomes dos presentes em cada oficina.

Quadro2. Profissionais participantes de cada oficina da Pesquisa ação. Salvador-Bahia, 2016.

Oficina teste 17 de maio	Segunda oficina 31 de maio	Terceira oficina 08 de junho	Quarta oficina 05 de julho	Quinta oficina 02 de agosto
Profissionais presentes: ✓ Enf.1 ✓ Tec. enf.1	Profissionais presentes: ✓ Enf.2 ✓ Enf.3 ✓ Enf.4 ✓ Enf.5 ✓ Enf.6 ✓ Enf.7 ✓ Tec.enf.2	Profissionais presentes: ✓ Enf.3 ✓ Enf.8 ✓ Enf.9 ✓ Tec. enf.3	Profissionais presentes: ✓ Enf.4 ✓ Enf.5 ✓ Enf.8 ✓ Enf.10 ✓ Tec. enf.1 ✓ Tec. enf.2 ✓ Tec. enf.4 ✓ Tec. enf.5 ✓ Tec. enf.6 ✓ Tec. enf.7	Profissionais presentes: ✓ Enf.5 ✓ Enf.6 ✓ Enf.7 ✓ Enf.8 ✓ Enf.9 ✓ Tec. enf.2 ✓ Tec. enf.4 ✓ Tec. enf.7

Sobre a caracterização destes participantes, a idade variou de 25-60 anos, e o tempo de atuação em UE destes profissionais variou de meses a 23 anos de prática. O detalhamento das demais características será apresentado no quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Caracterização das participantes do estudo. Salvador-Bahia, 2016.

Participante	Sexo	Idade	Formação	Ano de conclusão de curso	Especialização em emergência?	Tempo na assistência em emergência	Unidade que trabalha	Participação em eventos que abordem a temática AVC	Leituras (artigos, livros, reportagens) sobre a temática AVC	Leituras (artigos, livros, reportagens) sobre sequelas do AVC em idosos
TECENF 1	F	45	Técnica de Enfermagem	1998	Sim	10 anos	U-AVC	Sim	Sim	Não
TECENF 2	M	NR	Técnico de Enfermagem	NR	NR	NR	U-AVC	Sim	Sim	Sim
TECENF 3	F	38	Técnica de Enfermagem	2011	Não	1 e 3 meses	UE	Não	Não	Não
TECENF 4	F	60	Técnica de Enfermagem	1998	Sim	13 anos	UE	Sim	Sim	Sim
TECENF 5	M	46	Técnico de Enfermagem	1996	NR	19 anos	UE	Sim	Sim	Sim
TECENF 6	F	45	Técnica de Enfermagem	1995	Sim	9 anos	UE	Sim	Sim	Não
TECENF 7	F	50	Técnica de Enfermagem	1988	Não	23 anos	UE	Não	Sim	Não
ENF1	F	44	Enfermeira	2000	Não	16 anos	U-AVC	Sim	Sim	Não
ENF2	F	37	Enfermeira	2011	Não	2 anos	UE	Sim	Sim	Sim

Fonte: Ficha de caracterização respondida pelos participantes. Coleta de dados, Salvador-BA, 2016. Legenda: NR = Não Respondeu. TECENF = Técnica em Enfermagem. ENF = Enfermeira.

Quadro 3– Caracterização das participantes do estudo. Salvador, Bahia, 2016. (continuação)

ENF 3	F	30	Enfermeira	2009	Não	3 anos	UE	Não	Sim	Sim
ENF 4	F	25	Enfermeira	2015	Não	6 meses	UE	Sim	Sim	Não
ENF 5	F	38	Enfermeira	2004	Em curso	6 anos	UE	Sim	Sim	Sim
ENF 6	F	41	Enfermeira	2010	Não	1 ano e 3 meses	UE	Sim	Sim	Não
ENF 7	F	32	Enfermeira	2013	Sim	1 ano	UE	Sim	Sim	Sim
ENF 8	F	50	Enfermeira	NR	Não	4 anos	UE	Sim	Sim	Sim
ENF 9	F	35	Enfermeira	2007	Não	3 anos	UE	Sim	Sim	Sim
ENF 10	F	28	Enfermeira	2012	Sim	1 ano e 4 meses	UE	Não	Sim	Não
ENF 11	F	38	Enfermeira	NR	Sim	1 ano	UE	Sim	Sim	Sim

Fonte: Ficha de caracterização respondida pelos participantes. Coleta de dados 2016. Legenda: NR = Não Respondeu. TEC ENF = Técnica em Enfermagem. ENF = Enfermeira.

Percebe-se o perfil de gênero das participantes do estudo é predominantemente feminino, com 11 enfermeiras, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Em pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil (COFEN,2015), foi apresentado que entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, o país apresenta 87,2% de mulheres nestas categorias. Na Bahia, 88% da equipe de enfermagem é composta por mulheres, segundo a mesma pesquisa.

Sobre a participação em eventos que abordem a temática de AVC, cinco técnicos e nove enfermeiras pontuaram já haver participado. Duas técnicas de enfermagem e duas enfermeiras pontuaram nunca ter participado. No quesito de leitura a respeito as sequelas do AVC e seu impacto em idosos, quatro de 11 enfermeiras nunca leram nada a respeito, e quatro em 7 técnicos relataram nunca ter lido sobre a temática.

Caldas et, al. (2015) pontuam que durante um adoecimento agudo, os indivíduos idosos necessitam de serviços que respondam em tempo hábil à gravidade e considerem as alterações biológicas relativas à idade, bem como as comorbidades e funcionalidade. Deste modo, para o manejo e encaminhamento rápido e efetivo é importante a capacitação profissional.

No que se trata de especialização na área de atuação em emergência, dos 16 profissionais participantes, cuja unidade em que trabalham é a UE, apenas cinco já possuem a especialização e uma respondeu estar realizando o curso na época em que foi questionada. Os demais profissionais referiram não possuir especialização na área em que atuam.

Nunes (2014) afirma que a equipe de enfermagem do serviço de emergência deve ser caracterizada pelo conhecimento e experiência em clínica médica e cirúrgica; capacidade de trabalhar em equipe; destreza, rapidez e agilidade; para avaliar e priorizar o atendimento; deve ser segura e centrada, além de possuir autoconfiança e capacitação profissional. Logo, especializações e cursos de aperfeiçoamento na área de emergência são recursos que auxiliam no preparo destes profissionais para a atuação neste campo.

4.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados está apresentada em forma de 3 artigos, oriundos das oficinas pedagógicas, contendo os discursos que emergiram expondo problemas levantados, intervenções propostas e avaliação do processo como respostas às perguntas norteadoras. Estes artigos estão sendo precedidos por este relatório geral, contendo toda a trajetória da PA, bem como a caracterização dos participantes envolvidos.

O artigo 1 objetivou investigar o conhecimento e as práticas de cuidados aos idosos com suspeita/acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral, por profissionais de enfermagem atuantes na unidade de emergência. Ele traduz os resultados oriundos da segunda oficina, repetição da oficina teste.

No artigo 2, discute-se o resultado da terceira e quarta oficinas, pois objetivou identificar, junto à equipe de enfermagem da unidade de emergência, os fatores intervenientes no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, e planejar ações para minimização dos fatores considerados pela equipe como negativos. E, por fim, no artigo 3 são apresentados os impactos da intervenção educativa no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC.

4.2.1 ARTIGO 1

CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS NA EMERGÊNCIA A IDOSOS COM ACIDENTE CEREBROVASCULAR

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento e as práticas de cuidados aos idosos na emergência com suspeita/acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral, por profissionais de enfermagem atuantes na unidade de emergência. **Método:** pesquisa ação realizada com dezoito profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade de emergência de um Hospital Geral referência em AVC no estado da Bahia. Os dados foram coletados durante a realização de oficinas pedagógicas e os discursos dos participantes foram analisados através da análise categorial de conteúdo. **Resultados:** os profissionais de enfermagem identificam os sinais e sintomas do AVC a partir de manifestações clínicas, sinais e sintomas incipientes e/ou atípicos e fatores de risco; percebem diferenças na evolução clínica subsequente ao AVC em idosos, além das peculiaridades no manejo e encaminhamento. Relatam dificuldades na realização de cuidado a essas pessoas relacionadas à carência de recursos humanos e materiais em uma unidade que excede a sua capacidade de atendimento. **Conclusão:** os profissionais apresentam conhecimento básico necessário para a prática de cuidado e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, entretanto, enfrentam fatores intervenientes que dificultam a implementação e a efetividade de suas práticas de cuidado.

Descritores: Idoso; Equipe de enfermagem, Acidente Vascular Cerebral, Emergência, Educação Continuada.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial, que desafia os serviços de saúde em todos os níveis de atenção¹. Tem como uma de suas consequências o aumento da morbidade e o advento de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Atualmente, esta é uma das principais causas de óbito, e a principal causa de incapacidade mundial², acometendo todas as faixas etárias, porém com maior incidência nas pessoas idosas.

No Brasil, as altas taxas de morbimortalidade relacionadas ao AVC se mostraram fator preocupante para o setor público nacional, favorecendo a criação da Linha de cuidados em AVC na rede de atenção às urgências e emergências em abril de 2012^{3,4}. Esta linha objetiva, então,

reduzir a morbimortalidade por este acometimento no Brasil, através de um atendimento integral ao paciente, vislumbrando todas as suas demandas de atenção à saúde.

Em situações de AVC, a equipe de enfermagem atua desde a detecção precoce dos sinais e sintomas no momento do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) na Unidade de Emergência (UE), agilizando o atendimento e fazendo os encaminhamentos, até o cuidado direcionado, com avaliação e manutenção de vias aéreas pérvias, monitorização de alterações em nível de consciência, atividade motora, sinais vitais, glicemia entre outros⁵.

Portanto, é necessário que os conhecimentos da equipe de enfermagem sejam baseados em evidências científicas e olhar crítico-reflexivo, bem como suas práticas devem ser coerentes com estes princípios, visto que a detecção rápida e o manejo eficaz são fundamentais para a mudança da história natural da doença⁵.

Em idosos, o AVC pode ser confundido com outros eventos como hipoglicemia, infecções, depressão, demências entre outros⁶. Caso isso ocorra, pode haver retardo na identificação precoce e instituição de medidas que podem contribuir com a reversão do agravo e diminuição da taxa de sequelas e morte.

Durante uma atividade do Programa de Educação Tutorial (PET), “Redes de atenção na urgência e emergência”, financiado pelo Ministério da Saúde e realizado na UE de um hospital de referência em AVC de Salvador, foram observadas diversas fragilidades nos processos de cuidado aos pacientes, em sua maioria idosos. Estas fragilidades incluíam grande demanda de pacientes incompatível com o número de profissionais atuantes, pacientes perdidos dentro da UE sem saber para onde se direcionar, pacientes e/ou acompanhantes sem saber qual foi sua classificação de risco, além de dificuldades no encaminhamento dos usuários já classificados.

Tais fragilidades foram sinalizadas e discutidas com a gestão da referida unidade, sendo identificada a necessidade de uma intervenção junto aos profissionais de enfermagem. Após levantamento bibliográfico em bases de dados eletrônicas sobre o cuidado a pessoas idosas na UE, identificou-se que a produção, principalmente a nacional, é incipiente, apontando à necessidade de discussão.

Diante das colocações, questiona-se quais os conhecimentos e práticas de cuidado da equipe de enfermagem de uma UE, frente a pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC?

O presente artigo objetivou verificar o conhecimento e práticas dos profissionais de enfermagem da emergência no cuidado a pessoas idosas com suspeita ou acometidas pelo AVC.

Trata-se do recorte de uma dissertação de mestrado, que objetivou estabelecer junto à equipe de enfermagem práticas que tornassem o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC mais efetivo nesta UE. A dissertação fez parte de um projeto matriz intitulado Acolhimento e cuidado na unidade de emergência, desenvolvido durante o PET “Redes de atenção na urgência e emergência” na Universidade Federal da Bahia.

Método

Esse artigo é o recorte de uma pesquisa-ação (PA), considerada uma estratégia de pesquisa de origem crítico-social e base empírica, que objetiva promover modificações na realidade em que vivem os participantes, na qual há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada, e desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta⁷.

Na dissertação, foram contempladas todas as fases preconizadas para uma PA: fase de diagnóstico situacional, planejamento, implementação das atividades e avaliação^{7,8}; sendo estas fases dinâmicas, cíclicas e dialógicas entre si.

Na fase de diagnóstico situacional, cujos resultados estão contidos nesse artigo. Foi realizado um período de observação em lócus durante plantões diurnos e noturnos, que viabilizou uma aproximação à realidade a ser pesquisada e, após isso, na oficina pedagógica, houve o diálogo com os profissionais de enfermagem, que trouxeram seus conhecimentos sobre a temática do AVC e como realizavam o manejo e o encaminhamento das pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC.

O *lócus* da pesquisa foi a UE um hospital geral, público, referência estadual em cuidados à pessoa acometida pelo AVC, no município de Salvador- Bahia, e denominado, a partir de agora, de HG. O HG é beneficiado pelo programa federal “SOS emergências”, que consiste em uma estratégia para a implementação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências (RUE), e para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS⁹. Também busca atender a linha do cuidado ao AVC, conforme preconiza a portaria nº665 de 12 de abril de 2012⁴, contendo assim, uma unidade pioneira na especificidade do cuidado ao AVC (U-AVC) no estado da Bahia.

A UE do HG possui uma Sala Verde, uma sala amarela, e alguns leitos extras; Sala de medicações, para pacientes em observação; e Sala Vermelha. Dispõe, também, de suporte da UTI e da U-AVC.

Participaram os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão: trabalhar na UE ou na U-AVC do referido hospital, estar em escala no período da coleta e aceitar participar das oficinas. Sendo estes, sete profissionais: seis enfermeiras e um técnico de enfermagem.

Os dados foram coletados através de uma oficina pedagógica, em 31 de maio de 2016, com roteiro previamente elaborado, contemplando os objetivos da pesquisa. A oficina foi realizada com o apoio logístico de bolsistas do núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o idoso (NESPI). Durante a mesma, aconteceram momentos de discussão sobre o AVC e os cuidados à pessoa acometida, mediada por um roteiro de perguntas norteadoras previamente elaboradas. As falas dos participantes foram gravadas, com o devido consentimento, e posteriormente transcritas.

Após a discussão empreendida no início da oficina, foi proposto aos profissionais a divisão em grupos para que descrevessem, em forma de fluxograma, o encaminhamento dos idosos com suspeita/acometidos por AVC neste HG, e quais as práticas de cuidados de enfermagem eram adotadas com estes idosos em cada etapa do processo. Para essa atividade, foi utilizado papel metro e piloto, e após sua finalização, foi feita uma exposição do que havia sido produzido.

Esta oficina para diagnóstico situacional, foi a primeira a ser realizada, com duração de três horas. Ao final desta, foi convidado um médico neurologista vinculado ao serviço, para realizar outra discussão com os participantes e dirimir eventuais dúvidas sobre o manejo e encaminhamento em situações de AVC.

Como técnica de análise, foi utilizada a análise temática de conteúdo apresentada por Laurence Bardin¹⁰ seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material oriundo da transcrição, tratamento dos resultados e interpretação. Os resultados foram categorizados de acordo com as ideias contidas no discurso de cada participante.

O projeto foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia e aprovado, sob forma de emenda ao seu projeto matriz, “Acolhimento e cuidado na unidade de Emergência”, com parecer consubstanciado de número: 1172310.

Para garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados na oficina com crachás contendo codinomes para enfermeiros (Enf 1, Enf 2...) e técnicos de enfermagem (Tec. enf 1, Tec. enf. 2...), sendo esta mesma forma adotada para suas identificações no presente estudo.

Resultados e discussão

Os participantes da pesquisa de dissertação foram dezoito profissionais de enfermagem atuantes na UE e U-AVC do HG. Destes profissionais, onze eram enfermeiros e sete técnicos de enfermagem com a variação de um a 23 anos de atuação em unidades de emergência. Entre os enfermeiros, um atuava na U-AVC e os demais na UE e entre os técnicos de enfermagem, dois trabalhavam na U-AVC e os demais na UE.

Sobre a leitura de materiais relacionados ao AVC, apenas um técnico de enfermagem pontuou nunca ter desenvolvido esta atividade. A respeito do contato com materiais que abordem as peculiaridades do AVC em pessoas idosas, oito profissionais participantes nunca o tiveram e dez participantes referiram já ter visto ou lido algo sobre.

Participaram desta primeira oficina de diagnóstico situacional seis enfermeiras e um técnico de enfermagem. Nesta oficina, das enfermeiras, quatro não possuem especialização na área de emergência, uma está em curso e uma possui a especialização. O técnico de enfermagem não respondeu a esta questão. Sobre a participação de eventos e leitura sobre a temática de AVC e suas sequelas em idosos, todos referiram já ter lido algo a respeito e apenas uma das enfermeiras referiram não ter participado de eventos sobre a temática.

Com base no discurso dos profissionais foram organizadas duas categorias de análise, sendo a primeira: Conhecimento de profissionais de enfermagem da UE sobre a identificação, manejo e evolução clínica de idosos com suspeita e/ou acometidos pelo AVC, seguida de três subcategorias: identificação do AVC a partir de manifestações clínicas, sinais e sintomas incipientes e/ou atípicos e fatores de risco; conhecimento da equipe de enfermagem sobre evolução clínica subsequente ao AVC em idosos e; conhecimento da equipe de enfermagem sobre o manejo de pessoas idosas com suspeita/acometidos pelo AVC.

A segunda categoria foi: práticas de cuidado da equipe de enfermagem na unidade de emergência à pessoa idosa com suspeita /acometida pelo AVC, que englobou a descrição das

práticas adotadas pelos profissionais de enfermagem no manejo e encaminhamento destas pessoas.

Conhecimento de profissionais de enfermagem da UE acerca da identificação, manejo e evolução clínica de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC

Os profissionais identificam os sinais e sintomas do AVC a partir de manifestações clínicas, sinais e sintomas incipientes e/ou atípicos e presença de fatores de risco para o agravo; percebem diferenças na evolução clínica subsequente ao AVC em idosos, apontam peculiaridades neste manejo e encaminhamento.

Identificação do AVC a partir de manifestações clínicas, sinais e sintomas incipientes e/ou atípicos e fatores de risco

A identificação precoce dos sinais e sintomas do AVC através do diagnóstico clínico contribui para o manejo e encaminhamento ágil e adequados, refletindo em um melhor prognóstico. Com o diagnóstico clínico realizado através da anamnese e exame físico, se confirma déficit focal, com ou sem distúrbio de consciência, de início súbito, agudo ou rapidamente progressivo¹¹.

Os participantes do estudo relataram que identificam o AVC em pessoas idosas, através de manifestações clínicas, sinais e sintomas que, por vezes são discretos, além da percepção da existência de fatores de risco.

Alterações motoras como perda da força e do movimento; alterações na fala [...] desvio de comissura labial [...]. Perda de consciência sem motivos, alteração na visão. (Enf.4)

[...] diminuição de força motora, alterações neurológicas sem trauma, geralmente de início súbito, [...]perda de força motora, ficam confusos, ou até mesmo não tem sinais. (Enf.3)

Estes achados se correlacionam com o apresentado em diretrizes nacionais¹¹ que trazem sinais como diminuição da sensibilidade e/ou fraqueza de início súbito na face, nos membros, especialmente de forma unilateral; confusão mental; dificuldade de início súbito na fala ou na compreensão; alterações visuais uni ou bilaterais; dor de cabeça intensa sem causa conhecida, sempre de início súbitos, como sugestivos para o AVC.

Às vezes é uma alteração mínima que o idoso apresenta, quando encaminhado para o neurologista e é feito o exame, o AVC é detectado. (Enf.3)

[...] normalmente as pessoas idosas que desenvolvem AVC tem fatores preexistentes, como diabetes, a hipertensão. Isso não é muito comum em pacientes mais jovens [...]. (Enf.5)

Para que os profissionais consigam detectar os sinais sutis do desenvolvimento do quadro de AVC, é necessário que haja conhecimento prévio sobre o processo de instalação e desenvolvimento deste acometimento cerebrovascular, bem como sua expressão clínica. Esta identificação pode, por vezes, ser dificultosa em pessoas idosas, considerando aspectos biológicos, psicossociais e problemas eventuais na comunicação, próprios do envelhecimento¹².

Deste modo, é vislumbrada a necessidade de conhecimentos dos profissionais de saúde na área geronto-geriátrica, para ofertarem um cuidado holístico¹², e para que estes sinais e sintomas sejam identificados em tempo hábil na pessoa idosa.

Em consonância ao apresentado sobre problemas de comunicação com pessoas idosas¹³, outro fator pontuado pelos participantes foi que, por vezes, encontram dificuldades em realizar a identificação do AVC em decorrência de situações de afasia ou pela dificuldade de verbalização que alguns idosos apresentam.

[...] o paciente idoso, às vezes, já não é tão contactante, ele já não verbaliza mesmo, aí você pode ter dificuldade na detecção por conta disso. (Enf.3)

Esta dificuldade na identificação de agravos por características basais do idoso, associada a situações de afasia frequentes no AVC, tornam este paciente mais vulnerável e com risco elevado de resultados insatisfatórios da assistência, em decorrência de eventos adversos; e pela impossibilidade ou dificuldade de expressar suas necessidades¹³.

Estudo aponta que, para os profissionais de enfermagem, a afasia, decorrente de eventos cerebrovasculares ou não, é um fator que dificulta na realização de um cuidado efetivo, devido à dificuldade em estabelecer comunicação, sendo esta geralmente inexpressiva, desprovida de qualquer traço de empatia e não terapêutica¹².

Face ao exposto, os profissionais relataram que, em pessoas idosas acamadas, que já possuem déficits motores prévios, que apresentam problemas de comunicação e/ou já são afásicas, a identificação dos sinais e sintomas do AVC se torna mais difícil, contribuindo para atrasos no manejo e encaminhamento, e interferindo no tratamento adequado, possibilitando a perda de tecido cerebral viável.

Logo, é percebida a importância da capacitação profissional para atuar em situações de idosos com problemas de comunicação, buscando meios alternativos para desenvolvê-la. Esta

capacitação deve ser pautada na busca de melhor cuidado, com a identificação precoce de condições graves e específicas cujo prognóstico está intimamente ligado a uma intervenção rápida e efetiva como o AVC, traumas e infarto agudo do miocárdio (IAM)¹⁴.

Ademais, a atitude, frente a identificação de uma situação de AVC em curso, na UE precisa ser ágil. Durante o acolhimento e dentro da unidade, o enfermeiro precisa estar alerta para identificar situações, afastando outras etiologias que aparentem este agravo, a fim de se instituir encaminhamento e tratamento adequado. Para isso, o conhecimento da equipe de saúde sobre os fatores relacionados ao agravo se fazem primordiais, conduzindo a uma prática segura e consciente.

Durante a observação foi percebido que, em virtude da superlotação da unidade, e quantidade insuficiente de profissionais atuantes, muitos idosos fora de janela terapêutica permaneciam sem o acompanhamento adequado após serem classificados, atrasando o encaminhamento e uma intervenção efetiva.

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a evolução clínica subsequente ao AVC em idosos

Os participantes do estudo pontuaram peculiaridades no que diz respeito à evolução clínica e desfechos do AVC em idosos, demonstrando compreender que estas pessoas possuem maior propensão a um desfecho desfavorável.

[...] os desfechos têm total diferença [...]o paciente idoso é mais debilitado, o organismo não é mais o mesmo, as sequelas são mais visíveis. (Enf.7)

[...]ele (o idoso) demora para se recuperar, passa mais tempo internado, na maioria dos casos, e isso acarreta riscos de infecção e de lesões de pele. (Enf.2)

Estes relatos se mostram coerentes com o apresentado na literatura, quando são pontuados os riscos aos quais estes pacientes estão expostos, como a demência, depressão, incontinência urinária, déficits motores, dentre outras repercussões¹⁵. Tais alterações impactam consideravelmente na saúde e qualidade de vida dessas pessoas, em geral após o AVC e, em pessoas idosas particularmente, aumentam o risco de readmissões, de baixa sobrevida necessitando-se de um acompanhamento pós alta efetivo².

Tal conhecimento é importante visto que, diante da superlotação de leitos hospitalares, muitos idosos após detecção do quadro permanecem na UE e necessitam de cuidados. No cenário investigado, observou-se que a presença de idosos internados e/ou aguardado atendimento na UE

era significativa, o que demanda o preparo da equipe de saúde para atendê-los efetivamente, apesar das adversidades locais.

Logo, urge a necessidade de profissionais de enfermagem atualizados, tendo em vista as particularidades dessa faixa etária¹², e que tenham a oportunidade de participar de atividades educativas que tenham foco nos aspectos relativos à enfermagem gerontológica. É importante que se direcione o cuidado da equipe de enfermagem para as peculiaridades da pessoa idosa¹², visando contribuir para um desfecho clínico favorável, através de práticas de cuidado conscientes e efetivas.

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre as peculiaridades no manejo de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC

Os profissionais diferiram em opiniões quanto à necessidade de práticas de cuidado específicas a serem instituídas com idosos que apresentam suspeita/acometimento pelo AVC. Para a maioria dos profissionais, não há divergência nas ações a serem instituídas, sendo semelhantes àquelas adotadas para jovens e adultos.

Com relação ao manejo, os cuidados são os mesmos (jovens e adultos), apenas ficamos mais atentos ao idoso acamado. Nos preocupamos com o aumento da pressão arterial e com a dificuldade de deglutir. (Enf.7)

[...]eu acho que o manejo tem que ser o mesmo (jovens e adultos), a atenção tem que ser a mesma. (Téc. Enf.2)

[...]o manejo realmente eu acredito que é o mesmo, se os sinais e sintomas forem os mesmos, acredito que os cuidados podem ser os mesmos para ambos. (Enf.3)

Porém, uma participante reiterou a necessidade de ações específicas para o atendimento de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC.

[...] no idoso, temos que monitorar os sinais e sintomas, normalmente têm dificuldade na alimentação, então temos que auxiliar na alimentação oral ou passar sonda nasoenteral se o quadro evoluir. Ficar atentas ao risco de broncoaspiração, confirmar posicionamento da sonda, avaliar se há comprometimento respiratório, acompanhar o nível de consciência [...]. Se ele tiver sequela, auxiliar no autocuidado [...], fazer mobilização no leito, mudança de decúbito [...], usar o colchão caixa de ovo, se houver a sinalização de comprometimento, [...]realizar a troca do paciente idoso em uso de fralda, para evitar uma infecção urinária, ou riscos de lesão, porque normalmente eles têm a pele mais sensível. (Enf.5)

Observa-se que Enf.5 tem 13 anos de formada e seis anos de atuação no ambiente da emergência, apresenta uma especialização na área de emergência em curso, e assinalou ter

contato com materiais impressos ou reportagens sobre AVC, bem como as sequelas deste agravo em idosos. Assim, aponta-se para a importância da capacitação, principalmente pelo HG representar uma referência nesse acometimento.

No discurso dos demais profissionais, é perceptível que, ao dialogar sobre as peculiaridades da população idosa, eles desenvolvem um pensamento crítico a respeito e apresentam verbalmente fatores típicos da idade, entretanto relatam que em sua prática assistencial, os cuidados ofertados ao idoso com AVC são os mesmos que recebem os jovens e adultos. Entretanto, o idoso é um paciente diferente de um adulto jovem por possuir alterações biológicas próprias da idade. Essas diferenças, tais como a apresentação de doenças crônicas, rápido declínio do estado geral, interações entre os muitos medicamentos que utilizam, risco de iatrogenia, presença de déficits sensoriais e cognitivos, influenciam no cuidado e não devem ser ignorados¹⁶.

A despeito disso, observa-se que, durante o seu cuidado, os enfermeiros, muitas vezes, ignoram as especificidades do idoso e o tratam da mesma forma que um adulto, desconsiderando sua singularidade e contexto de vida¹⁶.

Práticas de cuidado da equipe de enfermagem na unidade de emergência à pessoa idosa com suspeita/acometida pelo AVC

Os profissionais, apesar de exibirem a ciência do que deve ser o cuidado ideal, relataram dificuldades na realização deste, em virtude da carência de recursos humanos e materiais na unidade que, muitas vezes, excede a sua capacidade de atendimento.

No manejo clínico dessas pessoas, os profissionais relataram que executam atividades reais que se diferenciam das ideais. Nesse sentido, enfatizaram que as suas condições de trabalho nem sempre viabilizam a execução de cuidados básicos fundamentais.

[...] na sala de medicação, é puncionado acesso venoso, são feitas as medicações prescritas, e a gente controla os sinais vitais de acordo com a possibilidade daquele dia. A gente tem um protocolo para fazer a cada seis horas. [...] ele entra e a gente fica observando sua evolução. Se houver uma piora do quadro, a gente tenta transferir para uma sala onde a observação seja maior. (Enf.4)

[...] vejo a pressão, mantendo hipertensão permissiva. Na sala de medicação, ou na sala verde, a monitorização dos sinais vitais é manual. Entretanto, na sala de medicação, dependendo da quantidade de pacientes, nem dá para fazer (sinais vitais) de seis em seis horas. Para a sala vermelha, só encaminhamos se o paciente estiver com rebaixamento de consciência, com um quadro que precise de intubação para preservar as vias aéreas [...]". (Enf.3)

Durante o período de observação não participativa, percebeu-se que, em algumas situações, os cuidados básicos como a verificação de sinais vitais deixam de ser realizados na unidade devido à alta demanda. Isto se dá, principalmente, quando o paciente está fora de janela terapêutica, ou não está em hemorragia cerebral ativa visualizada em tomografia. Nessas situações, seu tratamento é clínico, não havendo possibilidade de priorizar sua admissão na unidade de AVC.

Esta realidade, segundo os participantes, ocorre principalmente pela superlotação da unidade, fator que se mostra perigoso, pois gera deficiência de recursos, traz insegurança para os pacientes e profissionais, interfere no atendimento a situações de emergência iminentes; ocasiona imprevisto na acomodação dos pacientes e promove desarticulação com as outras partes do hospital¹⁷. Os relatos sobre esta realidade traduzem a sensação de impotência e desespero dos profissionais de enfermagem, frente ao que se dispõem a fazer pela vida do outro, se houvesse viabilidade estrutural, de mão de obra e outros recursos.

[...] algumas vezes você pode ter toda boa vontade do mundo, mas você não dá conta, como já aconteceu de ter 50 pacientes na sala de medicação contando com poltrona, corredor e cadeira. Então por mais que você tenha boa vontade, 50 pacientes para três técnicos de enfermagem é surreal [...], é guerrear todos os dias. (Enf.3)

[...] tem pacientes que vão chegar com suspeita de AVC, e precisamos ter o controle dos sinais vitais, mas o aparelho quebrou, e não tem outro para substituir. Muitas vezes dentro da emergência tem apenas um que funcione. As vezes preciso instalar um colchão caixa de ovo, mas o almoxarifado, no momento, está em falta, ou eu tenho um paciente já com uma lesão desenvolvida mas, muitas vezes, eu não tenho o curativo específico [...]. (Enf.5)

Impossível dar uma assistência de qualidade, numa sala de medicação com pouco técnico de enfermagem! (Tec.enf3)

Ademais, os profissionais pontuaram que, quando o paciente está em uso de oxigenoterapia, é encaminhado à realização de tomografia acompanhado de algum profissional de saúde; entretanto, se não está em uso, seu percurso é feito apenas com o acompanhante e o maqueiro, apesar de se tratar de um paciente idoso em investigação para o AVC.

Estudo de revisão sobre as práticas de enfermagem em relação ao manejo e encaminhamento de pessoas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC apontou que os profissionais dessas unidades desenvolvem práticas relacionadas ao campo assistencial, educacional e gerencial¹⁸.

Com relação as intervenções no campo assistencial, deve ser desenvolvida a triagem na UE, avaliação clínica e neurológica, anotação do horário de início dos sintomas (*ictus* cerebral),

avaliação para uso da terapia trombolítica, administração de oxigênio nasal, posicionamento correto do paciente no leito, prevenção da broncoaspiração, cuidados com a pele, administração de medicamentos, cateterismo urinário, dentre outras ações¹⁸.

As intervenções no campo educacional envolvem a explicação ao paciente e familiar sobre os exames de imagem, sobre a doença e seu tratamento, orientar sobre repouso no leito e educação da equipe de enfermagem para os cuidados assistenciais a estes pacientes com AVC.

Sobre os aspectos no campo gerencial, estão a coordenação da equipe de enfermagem nos cuidados gerais; organização, implementação e avaliação destes cuidados; e encaminhamento destes pacientes com AVC para outros setores do hospital conforme necessidade¹⁸.

Após o momento de discussão em grupo, a partir das questões norteadoras foi elaborada pelos participantes, uma lista de práticas adotadas pela equipe de enfermagem para o manejo clínico e encaminhamento destas pessoas idosas na UE. Durante a produção, separaram espontaneamente em duas colunas as práticas realizadas com idosos dentro da janela terapêutica de 4 horas e meia, e quais as condutas adotadas com os idosos que já chegam à unidade fora do tempo de janela terapêutica, o que é apresentado no **quadro 1**.

Deste modo, foi possível perceber que, por conta da alta demanda de pacientes na unidade, os cuidados ofertados às pessoas fora da janela terapêutica não são os ideais, o que predispõe a desfechos clínicos desfavoráveis.

Quadro1. Práticas relatadas pela equipe de enfermagem da unidade de emergência, para o manejo de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo Acidente Vascular Cerebral. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

PESSOAS IDOSAS EM JANELA TERAPÊUTICA	PESSOAS IDOSAS FORA DE JANELA TERAPÊUTICA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acomodação em maca/leito ➤ Monitorização de sinais vitais 1/1h e glicemia ➤ Punção de 2 acessos venosos calibrosos ➤ Administração de medicamentos prescritos ➤ Vigilância ➤ Controle laboratorial 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acomodação no corredor, em maca ou cadeira ➤ Verificação de sinais vitais de 6/6h, quando possível. ➤ Punção de acesso venoso periférico ➤ Administração de medicamentos ➤ Vigilância
MEDIDAS GERAIS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Controle de exames de imagem após 24h e 72h ➤ Encaminhamento para exames de imagem: <ul style="list-style-type: none"> - Em uso de O2 = maqueiro + profissional de saúde + acompanhante - Sem uso de O2 = maqueiro + acompanhante 	

Fonte: Cartazes produzidos por profissionais de enfermagem da UE, em oficina pedagógica. Coleta de dados, 2016.

Após essa construção, foi dialogado com os participantes a respeito das bases científicas que direcionam o manejo clínico e encaminhamento desta população, e discutido sobre

protocolos nacionais^{4,11} e evidências internacionais^{19,20}. Foi então proposto que, nas oficinas seguintes, a reunião se direcionasse ao levantamento de fatores intervenientes para que práticas de cuidado ideais fossem planejadas e implementadas pelo grupo.

Como atribuição também da equipe de enfermagem em suas práticas de cuidado, está o encaminhamento destas pessoas em tempo hábil, acomodando-as de forma segura. Assim, os profissionais descreveram o caminho intra-hospitalar percorrido pelo paciente, reconhecendo como agente principal, a equipe de enfermagem em cada etapa.

Quando a neurologista encaminha para tomografia, se ela visualiza algum AVC, já faz o internamento do paciente e o passa para a equipe de enfermagem. Vemos aonde vai ter vaga para colocá-lo e, se for um dia bom, e tiver vaga em uma sala com monitorização, como a sala amarela por exemplo, a gente coloca o paciente no leito e monitoriza [...]. (Enf.3)

[...] se o paciente estiver em AVC isquêmico, na janela terapêutica, é enviado diretamente para U-AVC. Caso contrário, vai ficar aguardando uma vaga na sala de medicação. Se tiver vaga na sala amarela, vai ser encaminhado, se o paciente for grave, ou em risco de ter uma parada, vai para reanimação (sala vermelha) [...] a gente não tem muito o que fazer quando a emergência está superlotada [...]. (Enf.7)

Assim, o encaminhamento destas pessoas idosas acontece conforme disponibilidade de vaga na unidade, e não através dos parâmetros clínicos. Como apresentam diariamente grande demanda na unidade, relataram que, por vezes, não têm condições de fazer o encaminhamento adequado, pois que a capacidade estrutural não suporta tal demanda.

O gerenciamento da superlotação, apontada pelos participantes, é caracterizado como um desafio aos enfermeiros. Pois estes necessitam planejar a realização do cuidado e organizar seu trabalho, adequando às condições de atendimento disponíveis, à quantidade e gravidade do quadro clínico dos pacientes, visando a realização da melhor assistência possível, diante do cenário marcado pela procura constante por atendimento²¹.

[...] na sala de medicação, quando chega um paciente idoso com AVC, que não esteja em janela terapêutica, converso com o neurologista sobre a necessidade do paciente naquele momento, pois às vezes não temos nem maca, não tem vaga na sala de medicação, nem no corredor. [...] boa parte das pessoas que chegam com suspeita de AVC, fora de janela, serão pacientes apenas para investigação. Se for um paciente de AVC com risco de convulsionar, colocamos na sala vermelha, porque se colocarmos no corredor, ele pode agravar. Então, para monitorizar naquele momento, a gente transfere para a sala vermelha, amarela e verde. Se não tem risco, a gente procura uma maca [...] a gente sabe da importância da vigilância [...]. (Enf.6)

(Sobre o encaminhamento) depende muito da vaga. [...] (Enf.4)

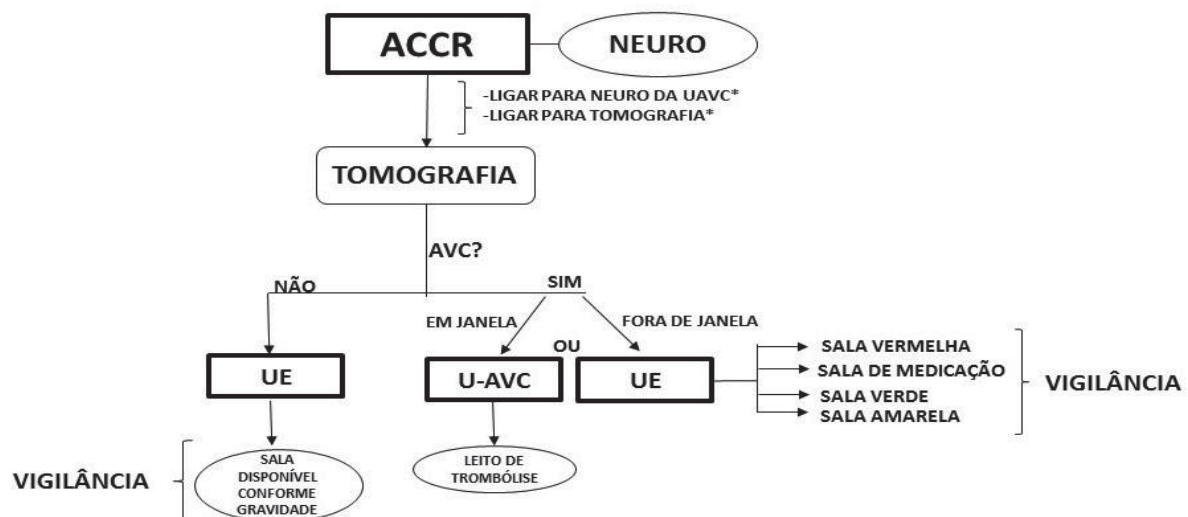
Este encaminhamento, pautado na disponibilidade de vagas, segue como um desafio à manutenção da qualidade no cuidado prestado aos pacientes idosos no serviço de emergência²¹,

visto que este deveria ser realizado por complexidade assistencial para que, em cada unidade, fossem ofertados os cuidados específicos.

Entretanto, muitos pacientes, após o primeiro atendimento e estabilização básica de seus parâmetros clínicos, permanecem aguardando pelos cuidados básicos subsequentes, em função da pouca mão de obra de profissionais de saúde para tamanha demanda. Esta realidade foi contemplada durante os períodos da fase observacional do presente estudo, e validado através do relato dos participantes.

Esta situação traz impactos diretos na assistência prestada e no trabalho da equipe de enfermagem da unidade, que enfrenta conflitos diariamente, por atuarem em ambientes superlotados, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física nem sempre adequados²².

Ademais, foi também proposto que os participantes desenhassem um fluxograma exemplificando como ocorre este encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC na UE. Neste fluxograma, descreveram algumas de suas ações neste encaminhamento, partindo do pressuposto de que a equipe de enfermagem, está diretamente vinculada ao processo de encaminhamento dos pacientes e acompanhamento em todas as etapas de seu itinerário dentro do hospital. O resultado desta produção grupal, está exposto na figura 1.



*Encaminhamento que ocorre quando a suspeita de AVC acontece em qualquer local da UE

Figura1. Fluxograma de práticas dos profissionais de enfermagem no encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometida pelo Acidente Vascular Cerebral na unidade de emergência. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Através deste fluxograma, percebe-se a presença ativa da equipe de enfermagem em cada etapa do encaminhamento, sendo este apontado na literatura como umas das funções gerenciais do profissional enfermeiro¹⁹.

Todas as situações expostas revelam a dificuldade que os profissionais de enfermagem da UE enfrentam para desenvolver seu conhecimento e implementar suas práticas de cuidado à pessoa idosa com suspeita/acometida pelo AVC, frente a uma unidade superlotada.

Esta superlotação dos serviços públicos de urgência e emergência ocorre devido a diversos fatores, dentre eles a falta de informação para os usuários no momento de alta hospitalar a respeito de quais unidades se direcionar, o pouco acesso a uma atenção básica de qualidade²³.

Deste modo, acredita-se que o fortalecimento das redes de atenção à saúde com investimentos em atenção básica de qualidade e acessível, a capacitação dos profissionais para atuarem nas UE com conhecimentos específicos sobre o público idoso, e iniciativas públicas de propagação à educação em saúde e EPS, são importantes para cuidados efetivos aos idosos com suspeita/acometidos pelo AVC.

Conclusões

O estudo buscou investigar o conhecimento e as práticas de cuidados aos idosos com suspeita e/ou acometidos pelo AVC, por profissionais de enfermagem atuantes na UE. Foi possível perceber que os profissionais da equipe de enfermagem reconhecem as peculiaridades da pessoa idosa, levando em consideração a evolução clínica e formas de identificação do agravo. Contudo, sobre o manejo nestas situações, apenas uma profissional considerou a necessidade de ações de enfermagem diferenciadas no cuidado ao idoso. Logo, o que conhecem sobre a temática se mostra, por vezes, incoerente com sua prática assistencial.

Sobre o encaminhamento, a despeito de entenderem as especificidades da pessoa idosa nestas condições, nem sempre os profissionais conseguem realizar um encaminhamento efetivo pautado nos parâmetros clínicos. Na realidade a qual estão inseridos, semelhante à realidade de grande parte das emergências públicas brasileiras, a superlotação, problemas de recursos materiais e humanos interferem substancialmente neste processo de encaminhamento. Esta realidade expõe as pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, principalmente as que estão fora do tempo de janela terapêutica, a um risco iminente de prognóstico negativo.

Ademais, se conclui que a implementação de políticas públicas que visem aumentar o número de leitos hospitalares e fortalecer a rede de atenção à população se faz necessária e urgente. Entretanto as medidas precisam ir além. A educação em saúde e EPS ser difundidas, o conhecimento dos profissionais não só de enfermagem, mas de toda a equipe multiprofissional sobre as peculiaridades do idoso precisa ser sempre reforçado; e, por fim, estes profissionais necessitam de um ambiente público favorável para exercer suas práticas de cuidado com qualidade.

Referências

1. Vieira CPB, Fialho AVM, Almeida PC, Moreira TMM. Elderly with ischemic stroke: Social-demographic and functional characterization. Rev. Rene. [Internet], 2012. [cited 2017 mar 01]; 13(3): 522-30. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/719>
2. Carvalho MIF, Delfino JAS, Pereira WMV, Matias ACX, Santos EFS. Acidente Vascular Cerebral: Dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão do nordeste brasileiro. Revista Interfaces: Saúde. Humanas e Tecnologia. [Internet], 2015. [cited 2017 feb 20]; 2(6):1-4. Available from: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/143/117>
3. CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências. [Internet], 2012. [cited 2017 mar 01]. Available from: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>
4. Ministério da Saúde (MS)a. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012.Linha de cuidados em AVC. [Internet], 2012. [cited 2017 mar 21] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html
5. Alves MJ, Silva SPM, Cunha BTM. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma emergência para a enfermagem. Rev. Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição. [Internet], 2013. [cited 2017 mar 10]; 4(4): 1-15. Available from: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Acidente%20Vascular%20Cerebral%20Isqu%3%AAmico%20uma%20emerg%3%AAncia%20para%20a%20enfermagem.pdf>
6. Lewandowski C, Barsan W. Treatment of acute ischemic stroke. Ann Emerg Med.[Internet], 2001. [cited 2017 mar 20]; 37(2):202-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11174240>
7. Thiollent MJM. Metodologia da Pesquisa-ação. 18ª ed.São Paulo: Cortez, 2011.
8. Menezes AG, Lezana AGR, Ronconi LFA, Menezes ECO,Melo EM. A pesquisa-ação como estratégia de avaliação da inovação social: estudo de uma entidade educacional do município de

- Florianópolis. Navus, Ver. Gest e Tecnol.[Internet],2016. [cited 2017 mar 10]; 6 (2): 93-105. Available from: <http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/367>
- 9.Ministério da Saúde (MS)b. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. [Internet]. [cited 2017 jan]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília [Internet],2013. [cited 2017 mar 20]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
12. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualification of the nursing team by means of convergent-care research: contributions to the care of the hospitalized elderly person. Esc Anna Nery [Internet],2014. [cited 2017 21 mar];18(3):486-495. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000300486&script=sci_abstract&tlng=pt
13. Souza RCS, Arcuri EAM. Communication strategies of the nursing team in the afasia after cerebrovascular accident. Rev.Esc. Enferm USP. [Internet], 2014. [cited 2017 mar 20]; 48(2):292-8.Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-292.pdf>
14. Carpenter CR, Plants-Mills TF. Evolving prehospital emergency department, and “inpatient” management models for geriatric emergencies. Clinics in Geriatric medicine. [Internet]2013. [cited 2017 mar 20]; 29(1):31-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177599>
15. Divani AA, Majidi S, Noobaloochi A, Luft AR. Consequences of stroke in community-dwelling elderly: the health and retirement study 1998-2008. Stoke.[Internet]2011. [cited 2017 mar 20];42(7):1821-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125444/>
16. Almeida ABA, Aguiar MGG. The ethical dimension of nursing care to the hospitalized elderly from the perspective of nurses. Rev. Eletr. Enf. [Internet],2011. [cited 2017 mar 21];13(1):42-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9462>
- 17.Fernandes RTP, Coelho MJ. Superlotação de emergências: um novo cenário para o cuidar/cuidado em enfermagem. Rev. Electron. Estácio Saúde. [Internet],2013. [cited 2017 mar 20]; 2(3):19-23. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/624/320>

18. Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, Araújo TL, Lopes MVO, Damasceno MMC, Lima FET. Nursing interventions for stroke patients: na integrative literature review. Rev. Esc. Enferm USP[Internet], 2011. [cited 2017 mar 19]; 45(6):1495-1500. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n6/en_v45n6a31.pdf
19. Martins, SCO et al . Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. Arq. Neuro-Psiquiatr.[Internet], 2012. [cited 2017 mar 20] 70(11): 885-93.Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v70n11/a12v70n11.pdf>
20. Caplan, Louis R. Etiology and classification of stroke. Uptodate [Internet],2012. [cited 2017 mar 19]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/etiology-classification-and-epidemiology-of-stroke>
21. Santos JLG, Lima MAD, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. Acta Paul Enferm. [Internet], 2013. [cited 2017 mar 19]; 26(2):136-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci_arttext&tlng=en
22. Saionara NO, Bianca JR , Marina P, Marta LP, Kenya SR, Adalbi CS. Emergency care units (UPA) 24h: The nurses perception .Texto Contexto Enferm.[Internet], 2015. [cited 2017 mar 21]; 24(1): 238-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238
23. Fraga MM. As implicações da superlotação do serviço de emergência no trabalho do técnico de enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS. Porto Alegre, [Internet], 2013. [cited 2017 mar 22]. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-25624>

4.2.2 ARTIGO 2

MANEJO E ENCAMINHAMENTO DE IDOSOS COM ACIDENTE CEREBROVASCULAR: IDENTIFICANDO PROBLEMAS E PLANEJANDO INTERVENÇÕES

RESUMO

Objetivos: identificar, junto à equipe de enfermagem da unidade de emergência, os fatores intervenientes no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC e planejar ações para minimização dos fatores considerados pela equipe como negativos. **Método:** pesquisa ação realizada com dezoito profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade de emergência de um Hospital Geral referência em AVC no estado da Bahia. Os dados foram coletados durante três oficinas pedagógicas, e os discursos dos participantes foram analisados através da análise temática de conteúdo. As intervenções foram apresentadas em forma de quadros. **Resultados:** sobre os fatores intervenientes, surgiram dos discursos três categorias: Fatores que interferem negativamente para o manejo, na unidade de emergência, de idosos com suspeita/acometidas pelo AVC; Fatores que interferem negativamente para o encaminhamento, na unidade de emergência, de idosos com suspeita/acometidas pelo AVC; situações e recursos que influenciam positivamente para que o manejo e encaminhamento de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC seja realizado UE. Sobre as intervenções propostas, foi produzido um quadro pelos participantes, que posteriormente foi digitado e transformado em três quadros, subdivididos em ações para curto, médio e longo prazo. **Conclusão:** Os fatores intervenientes identificados, se relacionaram prioritariamente às questões estruturais, políticas, recursos humanos e materiais. As intervenções sugeridas foram separadas em curto, médio e longo prazo e foram delimitadas pelos participantes, as categorias ou órgãos responsáveis pela efetivação de cada ação.

Descritores: Idoso; Equipe de enfermagem, Acidente Vascular Cerebral, Emergência, Estudo de intervenção, educação continuada.

Introdução

No Brasil, ocorrem anualmente cerca de 9 milhões de internações hospitalares, de caráter urgente, financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 23% destas sofridas por indivíduos com 60 anos ou mais¹. Subsequente a este cenário, está o desafio dos serviços de saúde frente ao envelhecimento populacional que ocorre de forma célere, e demanda serviços que respondam em tempo hábil a estas pessoas, conforme gravidade, considerando as alterações biológicas relativas à idade, bem como comorbidades e necessidades de preservação/recuperação da sua funcionalidade².

Os cuidados em situações agudas, como aqueles prestados aos idosos com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como ações de resposta imediata às condições de saúde que põem em risco a vida do indivíduo. Essas ações podem ser preventivas, curativas, de reabilitação ou paliativas; envolvendo uma gama de cuidados essenciais³.

Considerando os desafios que estão postos aos serviços e profissionais de saúde brasileiros, no manejo de pessoas idosas em situações agudas; bem como em seu encaminhamento e estadia na unidade de emergência (UE) hospitalar, surge a necessidade de ações educativas direcionadas. Estas devem enfatizar o importante papel dos profissionais, e o impacto de suas ações no desfecho clínico destas pessoas idosas, além de orientar sobre o exercício do cuidado em detrimento às situações adversas que são vivenciadas.

Ademais, tais ações já vêm sendo utilizadas como metodologias para estimular a problematização da realidade vigente, a transformação de práticas e o aperfeiçoamento profissional de enfermagem em serviço⁴.

Durante uma atividade do Programa de Educação Tutorial (PET), “Redes de atenção na urgência e emergência”, financiado pelo Ministério da Saúde e realizado na UE de um hospital de referência estadual em AVC localizado em Salvador-Bahia, foram observadas algumas fragilidades nos processos gerenciais e assistenciais de cuidado aos pacientes, em sua maioria idosos. Estas fragilidades incluíam a grande demanda de pacientes incompatível com o número de profissionais atuantes, pacientes dentro da UE sem a devida orientação e direcionamento, pacientes e/ou acompanhantes sem saber a classificação de risco atribuída, além de dificuldades no encaminhamento dos usuários já classificados.

A identificação dessas fragilidades foi sinalizada e discutida com a gestão da unidade, sendo percebida a importância de uma intervenção educativa junto aos profissionais da equipe de enfermagem.

O estudo em tela é recorte de uma dissertação de mestrado, que objetivou estabelecer junto à equipe de enfermagem práticas que tornassem o manejo e o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita /acometidas pelo AVC mais efetivo nesta UE. A dissertação fez parte de um projeto matriz intitulado ‘Acolhimento e cuidado na unidade de emergência’, desenvolvido durante o PET “Redes de atenção na urgência e emergência” na Universidade Federal da Bahia.

Nesse recorte, apresenta-se os resultados de três oficinas pedagógicas, que objetivaram: identificar, junto a equipe de enfermagem, fatores intervenientes no manejo e encaminhamento, na unidade de emergência, de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC; e planejar ações para minimização dos fatores considerados pela equipe como negativos.

Método

Optou-se pela pesquisa-ação (PA), considerada uma estratégia de pesquisa social, na qual há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada. Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta⁵. Os resultados apresentados no artigo em tela se referem às fases da PA denominadas de diagnóstico situacional e planejamento das ações⁵.

A pesquisa foi realizada em um hospital geral (HG) público, referência em cuidados ao paciente acometido pelo AVC no estado da Bahia, localizado na cidade de Salvador. Este hospital é beneficiado pelo programa federal “SOS emergências”, que consiste em uma estratégia para a implementação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências (RUE), e para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do SUS⁶. O HG busca atender a linha do cuidado ao AVC, conforme portaria nº 665 de 12 de abril de 2012⁷, possuindo uma unidade de AVC (U-AVC).

Participaram do estudo profissionais de enfermagem que obedeceram aos critérios de inclusão: trabalhar na UE ou na U-AVC do referido hospital, estar em escala no período da coleta, aceitar e participar de pelo menos duas oficinas pedagógicas.

Para o diagnóstico situacional foi realizada uma observação na unidade *lócus* durante cinco plantões, nos períodos diurno e noturno, que viabilizou a aproximação com a realidade a ser pesquisada, auxiliou a pesquisadora principal na compreensão das falas dos participantes durante as subseqüentes oficinas pedagógicas e na condução destas. Após isso, na primeira oficina pedagógica, que teve a duração média de três horas, houve o diálogo com os profissionais participantes, que trouxeram seus conhecimentos sobre a temática do AVC e como ocorre o manejo e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita/ acometidas, nesta UE, complementando o diagnóstico.

Na segunda oficina, os profissionais relataram verbalmente os fatores que influenciavam de forma positiva e/ou negativa para o manejo e encaminhamento dessas pessoas na unidade. Para esta atividade foi fixada uma folha de cartolina na parede, contendo local onde os participantes depositavam, individualmente, papéis escritos os fatores positivos e negativos relacionados ao manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas por AVC na UE e, logo após, houve uma discussão geral sobre todos os fatores referidos.

Na terceira oficina, com o objetivo de planejar as ações e indicar os responsáveis por cada uma delas, foi fixada uma folha de papel metro na parede, onde os participantes deveriam construir um quadro com os fatores relatados na oficina anterior, intervenções para cada fator, profissionais responsáveis pela execução das ações, e prazo estimado para cada ação formulada por eles (curto, médio, longo prazo). Posteriormente, foi feita uma exposição geral do produzido, com reflexões sobre os possíveis impactos na assistência de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, após a execução das intervenções propostas; e sobre a importância daqueles momentos de reflexão e produção coletiva.

Durante as oficinas pedagógicas, na integração entre participantes e pesquisadora principal, aconteceram momentos de discussão mediada, seguindo um roteiro de questões norteadoras previamente elaborado. As falas dos participantes foram gravadas, com o devido consentimento, e posteriormente transcritas para análise.

As falas transcritas foram submetidas a técnica de análise temática de conteúdo^{8,9}, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material oriundo das falas, tratamento dos resultados e interpretação. Os resultados foram categorizados de acordo com as ideias contidas no discurso de cada participante, depois analisados discutidos à luz de evidências científicas contidas em bases de dados nacionais e internacionais.

As intervenções propostas pelos participantes estão apresentadas em quadros. Sua produção foi feita inteiramente pelos participantes, e a pesquisadora principal mediava e dirimia dúvidas no momento da produção em grupo.

Ao final de cada oficina, foi convidado um médico neurologista vinculado ao serviço, para realizar outra discussão com os participantes e dirimir eventuais dúvidas sobre o manejo e encaminhamento em situações de AVC.

O projeto foi submetido à avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia e aprovado, sob forma de emenda ao seu projeto matriz, “Acolhimento e

cuidado na unidade de Emergência”, com parecer consubstanciado de número: 1172310. Para garantia do anonimato os participantes foram identificados na oficina com crachás contendo codinomes para enfermeiros (Enf1, Enf 2...) e técnicos de enfermagem (Tec.enf1...), da mesma forma suas falas serão identificadas no presente estudo.

Resultados e discussão

Participaram então do estudo dezoito profissionais da equipe de enfermagem, dentre eles, sete técnicos de enfermagem e 11 enfermeiros. Através de uma ficha de caracterização preenchida pelos participantes, percebeu-se que o tempo de sua atuação em unidades de emergência variou de um a 23 anos de prática.

Dentre estes enfermeiros participantes, um atuava na U-AVC, e entre os técnicos de enfermagem, dois atuavam nesta unidade. A participação dos profissionais da U-AVC foi de extrema importância para o enriquecimento das discussões e troca de experiências práticas.

Sobre os fatores intervenientes para o manejo e encaminhamento, na UE, de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC, surgiram dos discursos três categorias temáticas: Fatores que contribuem negativamente para o manejo, na UE, de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC; fatores que interferem negativamente para o encaminhamento, na UE, de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC; e situações e recursos que influenciam positivamente para que o manejo e encaminhamento de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC, seja realizado UE.

Fatores que interferem negativamente para o manejo, na unidade de emergência, de idosos com suspeita/acometidas pelo AVC

A partir dos discursos, percebeu-se que os fatores que interferem negativamente para o manejo, na UE, de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC, são: inadequação do espaço físico e déficit de recursos materiais, superlotação das unidades no serviço público, e dimensionamento de pessoal insuficiente para demanda de pacientes.

Salienta-se que nenhum fator relatado teve relação com a assistência de enfermagem, não foram reconhecidos pelos participantes fatores primordialmente referentes às suas próprias atitudes. Estes fatores só são relatados, quando os profissionais relacionam déficits estruturais ou materiais na unidade como influenciadores para uma prática incoerente com o ideal.

Inadequação do espaço físico e déficit de recursos materiais

Os profissionais apontaram que a inadequação do espaço físico é um fator que contribui de forma negativa para as práticas de manejo ao paciente idoso com suspeita/acometido pelo AVC.

[...] a inadequação do espaço físico é ruim para os idosos com AVC, pois são pacientes graves. Eles precisam de monitorização, de alimentação adequada, de uma equipe de profissionais sempre atentos [...]. (Enf.9)

[...] A falta de leito adequado é ruim, pois os pacientes entram direto para sala de medicação e ficam em poltronas bastante desconfortáveis, ou, outras vezes, são colocados em macas no corredor [...]. (Enf.4)

[...] as vezes preciso de um colchão caixa de ovo, mas no almoxarifado, está em falta, ou tenho um paciente idoso com uma lesão desenvolvida, e não temos o curativo específico para aplicar. (Enf.5)

De acordo com os relatos, a equipe percebe a complexidade destes pacientes, e entende que a sua assistência é inadequada, por conta de fatores como a acomodação em cadeiras, macas rígidas espalhadas pelos corredores, além de recursos materiais insuficientes para a alta demanda.

Estudo realizado na UE de outro estado brasileiro apresenta discursos similares de profissionais de enfermagem, ao pontuar que a infraestrutura inadequada da unidade pública de emergência dificulta consideravelmente no cuidado prestado¹⁰. É percebida, também, a forte influência que os fatores ambientais exercem sobre os profissionais da equipe de enfermagem e os pacientes, pois o espaço físico para o cuidado pode estimular ou inibir a interação entre os indivíduos envolvidos. Essa interação, para a efetividade do cuidado engloba não só o espaço físico utilizado, mas, também, as próprias pessoas que interagem, a sua cultura, o mobiliário do hospital, o arejamento na unidade, a temperatura ambiente, os ruídos e as condições do espaço físico¹¹.

Neste caso de pessoas idosas, a inadequação do espaço físico para acomodação e cuidado, podem predispor a surgimento de lesões por pressão, cuja prevalência é considerada pela Organização Mundial de Saúde como um indicador de qualidade da assistência prestada nas instituições hospitalares, uma vez que cerca de 95% podem ser evitadas¹².

Sobre a alimentação relatada pelo participante Enf.9, como importante prática de cuidado, sabe-se que é fator primordial para o mantimento das funções vitais do idoso e visa ofertar os nutrientes necessários para seu processo de prevenção, recuperação ou compensação de agravos. Assim, a alimentação dos idosos precisa ser ofertada em locais limpos, arejados, iluminados e aconchegantes; fazer oferta de cinco a seis refeições diárias; estimulá-los ao consumo de água

(nessa fase da vida a sensação de sede diminui); não oferecer comidas com temperaturas extremas (pois a sensibilidade térmica diminui pelas mudanças nos tecidos bucais), dentre outros cuidados¹³. Entretanto, durante o período de observação e através dos relatos, observou-se que este cuidado ideal difere do que é passível de ser ofertado nesta UE superlotada.

Superlotação das unidades, resultando em internamentos na sala de espera

A superlotação da unidade influencia negativamente para o manejo efetivo destas pessoas idosas, visto que os pacientes precisam aguardar o surgimento de vagas sentados em cadeiras na sala de espera. Neste caso, não há nenhum tipo de assistência médica ou da equipe multiprofissional, até que seja conseguida uma vaga para acomodação dentro da unidade. Tal situação usualmente ocorre para aqueles idosos que estão fora da janela terapêutica de trombólise em caso de AVCI, ou os que não têm indicação para intervenção cirúrgica, em caso de AVC hemorrágico.

[...] devido à superlotação, aqueles que estão na sala de espera, mesmo que entrassem, ficariam no corredor desassistidos. [...] na sala de espera ficam aguardando vaga por horas, sem medicação, alimento, e nenhum suporte adequado para sua assistência. (Enf.8)

[...] estes pacientes não são assistidos, por conta da alta demanda [...]. Outro fator negativo é que, na unidade de bioimagem, a demanda também é grande. (Enf.3)

A superlotação dos serviços públicos de urgência e emergência ocorre por vários fatores, dentre eles, a falta de informação para os usuários no momento de alta hospitalar a respeito de quais unidades se direcionar e o pouco acesso à atenção básica de qualidade¹⁴.

Esta realidade não se restringe ao cenário nacional. Estudo realizado na Itália aponta que a superlotação em suas unidades de emergência levanta preocupações, pois leva a uma distribuição ineficaz de recursos hospitalares e reduz a capacidade de fornecer aos pacientes em situações agudas, a assistência efetiva¹⁵.

As barreiras de acesso aos cuidados primários, e a ineficiência deste nível de atenção, também atuam como causas para a superlotação, conforme relatos dos participantes. Sobre isso, estudos pontuam que, muitos usuários da UE poderiam ter suas necessidades atendidas apenas com cuidados ambulatoriais^{15,16}.

No Reino Unido, desde 2013, iniciou-se uma extensão dos serviços primários de saúde para sete dias da semana, ao invés de apenas dias úteis, o que diminuiu a demanda nas UE de forma que o maior impacto foi em finais de semana, com a diminuição de 9,9% da demanda de

pacientes, em sua maioria idosos. Foi sugerido assim, que a verba economizada nos hospitais, fosse realocada para os serviços de menor complexidade¹⁶.

Na Itália, por três anos foi realizada uma experimentação para fins de reformulação das políticas de atenção à saúde, onde foi aumentado o horário de funcionamento das unidades de atenção primária para 12 horas/dia, o que diminuiu de 10 a 15% a demanda de pacientes nas unidades de emergência da região¹⁵.

Logo, esta superlotação se mostra como uma realidade não apenas nacional, mas internacional, e suas consequências na prestação do cuidado são expressivas. Em relação à atuação dos enfermeiros na gestão do cuidado nesse serviço de emergência, é necessária a busca constante pelo desenvolvimento de melhores estratégias que lhes permitam superar os desafios impostos por um ambiente de trabalho marcado pela procura constante por atendimento, e poucos recursos para desempenho de suas funções¹⁷.

Dimensionamento de pessoal insuficiente para demanda de pacientes

Outro fator considerado como negativo para o manejo de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC foi o dimensionamento de pessoal insuficiente para a grande demanda de pacientes, o que inviabiliza um manejo rápido, efetivo e seguro.

[...] na sala de medicação, não conseguimos verificar os sinais vitais de seis em seis horas como deveria. Impossível dar uma assistência de qualidade numa sala com pouco técnico de enfermagem, normalmente são três por dia, raramente quatro. [...] já encontrei 21 pacientes na sala de medicação e 30 no corredor, para três técnicos e um enfermeiro. (Téc.enf.3)

[...] já aconteceu de ter 50 pacientes na sala de medicação contando com poltronas, cadeiras e corredor. Então, por mais que você tenha toda boa vontade do mundo, não dá conta [...] então é guerrear todos os dias. (Enf.3)

Em estudo com enfermeiros na UE foi unânime a percepção de que a organização de sua prática assistencial em cada plantão sofre influência do dimensionamento de pessoal, sendo ele favorável ou não, e que a articulação da escala mediante à complexidade assistencial dos pacientes interfere positivamente para a qualidade do cuidado e na carga de trabalho da equipe de enfermagem¹⁸. Na Portaria 354 de 2014 do Ministério da Saúde, que pauta sobre as boas práticas para organização e funcionamento de serviços de Urgência e Emergência, não existe uma previsão do quantitativo de pessoal de enfermagem ideal em UE. Há referência, apenas, sobre a necessidade de pessoal de enfermagem o suficiente para realizar o cuidado nas 24 horas, deixando uma lacuna que possibilita o subdimensionamento de pessoal¹⁹.

Existe assim, dificuldade em prever as ações do processo de trabalho e o dimensionamento de pessoal de enfermagem, com base no atendimento da demanda espontânea e dos casos encaminhados pela central de regulação. Esta realidade leva a uma sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos no manejo destes pacientes, e se mostra como uma barreira para um cuidado eficaz na emergência públicas brasileira¹⁰.

Fatores que interferem negativamente para o encaminhamento, na unidade de emergência, de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC

Os fatores apontados foram: superlotação, falta de rotatividade nas unidades públicas para geração de leitos e falta de conhecimento da equipe de bioimagem e maqueiros sobre a urgência do AVC. Foi pontuado pelos participantes que estes fatores se mostravam como barreiras para um encaminhamento efetivo, na UE, das pessoas idosas com suspeita/acometidas.

Superlotação das unidades impactando no encaminhamento dos pacientes idosos com AVC

Os participantes relataram que a superlotação nas unidades impacta não apenas nas práticas de manejo, como também no encaminhamento destas pessoas idosas. Tal situação exerce impacto, segundo os participantes, quando a falta de vagas em outras unidades inibe o encaminhamento efetivo e, quando a unidade de bioimagem se encontra ocupada, impedindo a realização de tomografia para o prosseguimento do cuidado.

Foi pontuado que a equipe da UE entra em contato com as outras unidades explicando a urgência do encaminhamento, contudo, nem sempre consegue fazê-lo com agilidade.

Falta de vaga em outras unidades, pela superlotação são os maiores problemas para o encaminhamento na unidade. (Enf.4)

[...] a demanda da bioimagem é muito grande, nem sempre conseguimos prioridade, então, recentemente, solicitamos ao coordenador do setor, para que a pessoa com AVC seja sempre priorizada. (Enf.8)

Esta situação traz impactos para a assistência prestada, e também para o processo de trabalho da equipe de enfermagem da unidade, que enfrenta conflitos diariamente, por atuarem em ambientes superlotados, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física nem sempre adequados²⁰. Além disso, essa situação traz insegurança para os pacientes e profissionais, interfere no atendimento a situações de emergência iminentes; ocasiona imprevisto na acomodação dos pacientes e promove desarticulação com as outras partes do hospital²⁰.

Falta de rotatividade nas unidades públicas para geração de leitos

A dificuldade em garantir rotatividade efetiva e segura dos leitos em unidades públicas de saúde foi um fator relatado pelos participantes como negativo para o encaminhamento destas pessoas idosas. Foi pontuado que o fluxo intra-hospitalar, por vezes, fica obstruído em virtude da falta de vagas em outras unidades públicas para encaminhamento, e que, por problemas no repasse de recursos financeiros, muitas unidades que atuariam de forma suplementar ao SUS, também não conseguem ofertar este suporte.

[...] o fluxo dentro do hospital não flui, promovendo o aumento de pacientes na emergência por falta de locais para encaminhar[...]os pacientes não podem ficar na porta, eles vão entrar[...] depois não vão para casa, porque precisam aguardar uma vaga dentro desta unidade ou em qualquer outra do SUS[...] algumas clínicas não estão aceitando o SUS, porque a verba não está sendo repassada, e isso faz com que esse fluxo seja interrompido. (Enf.8)

As unidades estão lotadas por pessoas do interior, que quando recebem alta, muitas vezes, não tem carro público disponível e nem familiares para buscá-los, então continuam internados. [...] outra possibilidade é o encaminhamento para as residências disponibilizadas por algumas cidades para estas pessoas se tratarem aqui na capital, mas, muitas vezes, não mandam o meio de transporte para o encaminhamento; e nem sempre o número de residências é suficiente. Então, os leitos continuam ocupados de forma desnecessária. (Tec.enf.5)

O atendimento às urgências precisa estar amparado em todos os níveis de atenção, cada um dentro de suas limitações de resolutividade. Por isso, a importância do fortalecimento das Redes de atenção à Saúde, envolvendo Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento, Serviço Móvel de Urgência, Hospitais e demais integrantes do sistema de saúde, como os CAPSs (Centros de Atenção Psicossocial)²¹.

Estas redes de atenção são sistemas integrados, que se propõem a prestar atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita²². E seu objetivo definido na Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica²³.

Entretanto, o que se percebeu na fase de observação e através dos relatos foi a falta de articulação entre esses setores, falta de educação em saúde, dentre outros fatores, o que causa a

superlotação das emergências hospitalares, transformando essa área em uma das mais problemáticas do sistema de saúde²⁴.

Falta de conhecimento da equipe de bioimagem e maqueiros sobre a urgência do AVC

A falta de conhecimento de alguns profissionais da bioimagem e equipe de maqueiros a respeito dos aspectos clínicos do AVC e a necessidade de encaminhamento rápido foi apontada como uma barreira ao encaminhamento. Tal desconhecimento acarreta em morosidade no atendimento, podendo influenciar para um prognóstico negativo.

Segundo os relatos, alguns maqueiros que trabalham na UE não se mostram proativos, por não compreender a gravidade dos casos e, por vezes, nem são encontrados em seu local de trabalho no momento da necessidade.

[...] outro fator que influencia é se conseguiremos um maqueiro em tempo hábil, vai depender do dia, do horário, do maqueiro. (Enf. 4)

Com relação a equipe técnica do setor de bioimagem foi citado que, por vezes, os pacientes idosos com suspeita/acometidos pelo AVC, não têm seu atendimento priorizado para realização de tomografias; visto que o setor atende à demanda de todo o HG. Assim, muitas vezes, a priorização do atendimento só acontece depois de muito diálogo.

Se a equipe de bioimagem tivesse mais conhecimento sobre o que seria janela terapêutica, seriam mais ágeis [...] já passei por uma situação delicada, não encontrei nenhum técnico dentro da unidade de bioimagem e quando os localizei não entenderam a urgência e não queriam priorizar o atendimento. (Enf.7)

Percebe-se então, o despreparo de alguns componentes da equipe de saúde, o que impacta de forma negativa no manejo e encaminhamento destas pessoas com suspeita ou acometidas pelo AVC. Se observa, portanto, a necessidade na formação dos profissionais, no que tange ao conhecimento acerca dessas adaptações e das especificidades do cuidado direcionado aos idosos²⁵, e a forma como o manejo e encaminhamento adequado podem interferir em seu prognóstico.

Situações e recursos que influenciam positivamente para que o manejo e encaminhamento, na unidade de emergência, de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC seja realizado

As subcategorias levantadas foram: existência de unidade especializada em AVC, Implementação da política de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), melhorias relacionadas a fatores estruturais e recursos materiais, suporte dos coordenadores e supervisores de enfermagem na emergência e conhecimento da equipe sobre a temática do AVC.

Existência de unidade especializada em AVC

Os profissionais percebem a importância da U-AVC, a qual foi implantada atendendo ao preconizado na Linha de cuidados em AVC do Ministério da Saúde.

O que diferencia mesmo é a unidade especializada. A U-AVC é um ponto positivo, que faz do hospital uma referência. [...]A equipe da unidade é muito receptiva. A gente que está na assistência ou no acolhimento, se tiver alguma dúvida sobre AVC é só ligar e o plantonista vem e avalia. (Enf.9)

A U- AVC foi a diferença dentro do HG[...] deu essa possibilidade de as pessoas terem um bom prognóstico. Isso é uma felicidade, só de ver a pessoa voltando e agradecendo. (Enf.6)

Trata-se de uma unidade de AVC Integral, que é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, dez leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa^{26,27}.

Implementação da política de Acolhimento com Classificação de Risco no hospital

Os profissionais pontuaram que, antes da implementação do ACCR, a triagem dos pacientes não acontecia sempre pelos critérios de gravidade clínica, mas, por ordem de chegada e conforme a rotina permitia.

[...] o ACCR é um ponto extremamente positivo, até um tempo atrás não tinha. Depois do ACCR melhorou a forma de receber o paciente. (Enf.10)

No Brasil, o ACCR é realizado por enfermeiros, os quais, por meio da consulta de enfermagem, classificam os agravos com base em, no mínimo, quatro níveis ilustrados por cores²⁸. Objetiva, também, minimizar a fragmentação do processo assistencial, ao proporcionar pactuações, entre redes internas e externas de atendimento, a partir da construção de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada usuário²⁹.

A proposta visa ouvir o usuário que busca o serviço, ampliando a acessibilidade em todos os níveis da assistência e organizando o atendimento com base em riscos priorizados e com resolutividade³⁰.

Melhorias relacionadas a fatores estruturais e recursos materiais

Apesar dos fatores negativos relatados, existe investimento público e preocupação da gestão em melhorias no que se refere aos recursos estruturais e materiais. Estas iniciativas contribuem positivamente no manejo e encaminhamento destas pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC que conseguirem ser atendidas.

Um exemplo positivo é a sala amarela que mudou bastante, antes eram 30 leitos e agora são 36, com camas, a grande maioria com monitores, respiradores prontos, dois enfermeiros, quatro técnicos[...]. (Enf.4)

Possuir Tomógrafo no hospital influencia positivamente. (Enf.9)

Os procedimentos de alta tecnologia, maior número de equipamentos nos hospitais para o diagnóstico mais preciso (tomografia computadorizada, ressonância magnética) e atendimentos mais rápidos ajudam, consideravelmente, na redução da mortalidade pós AVC³¹.

Suporte dos coordenadores e supervisores de enfermagem na emergência

Os participantes relataram que existe grande entrosamento entre a equipe da coordenação de enfermagem e supervisoras, e consideram que esta interação traz contribuições positivas para a dinâmica das atividades realizadas na unidade.

[...] tem também como fator o suporte dos supervisores e coordenadores de enfermagem na emergência, pois eles fazem o papel de apoio, de amplitude da unidade, flexibilizando e ajudando bastante nessa mobilidade. (Enf.8)

Esse trabalho em equipe traz bons resultados no dia a dia, como a valorização do grupo, e o fortalecimento de relações construtivas entre líder e colaboradores. Assim, todos os atores envolvidos buscam trabalhar em prol de um objetivo maior, que é ofertar uma assistência digna aos usuários do serviço. Em vista disso, a liderança é um fenômeno de influência grupal, agregando esforços positivos para conseguir atingir as metas³².

Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a temática do AVC

Os enfermeiros e técnicos participantes percebem que a equipe de enfermagem da UE vem buscando cada vez mais o aperfeiçoamento para uma melhor assistência. Consideram esta realidade como fator positivo no manejo e encaminhamento destas pessoas idosas.

[...] outro ponto positivo é saber coletar os dados em tempo hábil e direcionar essas informações, senão você perde muito tempo. (Enf.2)

[...] a gente tem, além do conhecimento, treinamentos, e uma equipe que cada vez mais vem buscando dar uma assistência melhor. (Enf.5)

O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a temática é imprescindível, visto que é a categoria profissional que atua desde a detecção dos sinais e sintomas no momento do ACCR, na manutenção das vias aéreas, monitorização de alterações em glicemia, temperatura axilar, pressão arterial, alterações em nível de consciência e atividade motora, até o desfecho clínico e plano de alta de todos usuários³³.

Após o levantamento dos fatores intervenientes, foram elaboradas pelos participantes as propostas de intervenção a curto, médio e longo prazo. A definição de curto médio e longo prazo foram feitas de forma subjetiva pelos participantes, conforme a percepção do grupo.

Consideraram curto prazo, as ações que poderiam ser iniciadas de forma imediata; médio prazo as ações que dependiam de outros fatores para serem efetivadas, porém em poucos meses poderiam ser implementadas; e longo prazo as ações que envolvem processos estruturais e comportamentais mais complexos e que dependem de muitos meses ou até anos para que, de fato, possam ocorrer. As intervenções são apresentadas nos **quadros 1,2 e 3** a seguir.

Quadro1. Intervenções a curto prazo e responsáveis, relatadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência para o manejo ideal de pessoas idosas com suspeita de Acidente Vascular Cerebral. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Problemas	Intervenções	Responsáveis
Equipamentos de monitorização insuficientes	-Notificar através de ficha a quebra, defeito ou ausência do equipamento -Encaminhar fichas ao setor de manutenção em tempo hábil	-Enfermeiras -Diretoria de enfermagem
Dificuldade de identificação pelas doenças que mimetizam o AVC	-Fixação de panfletos informativos em salas da UE com principais sinais, sintomas e doenças que parecem com AVC -Liberação da Coordenação de enfermagem para esta fixação	-Equipe de Apoio da pesquisa -Coordenação de enfermagem da emergência
Ausência de Médicos plantonistas na Porta de Entrada	-Notificação, através de ficha, de cada evento ocorrido à coordenação médica e de enfermagem	-Enfermeiros -Coordenação médica -Coordenação de enfermagem
Falta de prioridade na avaliação de idosos fora da janela terapêutica	-Identificação da ficha dos pacientes com adesivo colorido (ver que cor) -Compra de adesivos azuis redondos -Verificação de SSVV, ao menos de 6/6 horas na sala de espera -Escalar técnico para dar suporte aos idosos da sala de espera	-Enfermeiros -Coordenação de enfermagem da emergência/ Diretoria de enfermagem -Técnicos de enfermagem
Ausência de Alimentação para pessoas idosas “internadas na sala de espera da emergência”	-Estabelecer diálogo com a equipe de nutrição para entender a viabilidade ou não de ofertar o alimento para os idosos (acompanhados) na sala de espera	Coordenação de enfermagem da UE
Má acomodação dos idosos na UE com risco de lesão de pele	-Instalar colchão “caixa de ovo” assim que os idosos forem admitidos -Avaliar a pele dos idosos sempre que possível -Orientar aos familiares para que atentem ao aparecimento de lesões de pele	-Enfermeiros e técnicos da UE

Fonte: Cartazes produzidos por profissionais de enfermagem da UE, em oficina pedagógica. Coleta de dados, 2016.

Nessas intervenções, os participantes elaboraram ações possíveis de serem implementadas pela própria equipe de enfermagem, em parceria com a coordenação de enfermagem da UE, Diretoria geral de enfermagem do HG e Coordenação médica visto que são atitudes que dependem de mais de uma categoria profissional. Tais ações incorporam, em sua essência, desde a difusão do conhecimento sobre a temática para outros profissionais da unidade, orientações de saúde/doença para familiares e acompanhantes, modificações na rotina da unidade em função de uma melhor identificação destas pessoas idosas, manejo e encaminhamento adequados.

A contribuição da metodologia participativa possibilita transformações a partir de intervenções estruturadas e desenvolvidas pelos próprios profissionais de saúde³⁴, que se dispõem a colocá-las em prática, gerando impactos na situação vigente.

Quadro2. Intervenções a médio prazo e responsáveis, relatadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência para o manejo ideal de pessoas idosas com suspeita de Acidente Vascular Cerebral. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Problemas	Intervenções	Responsáveis
Despreparo de profissionais da bioimagem e alguns da UE	-Realização de capacitações e palestras sobre AVC para profissionais	-Equipe da U-AVC -Equipe de Apoio da pesquisa -Setor de Educação Permanente do Hospital
Presença de apenas um enfermeiro no ACCR	-Aumento do número de funcionários no ACCR para 2 enfermeiros ou 1 enfermeiro e 1 técnico	-Diretoria de enfermagem -Coordenação de enfermagem da UE
Dimensionamento de pessoal insuficiente para dar suporte a pessoas idosas com AVC na UE*	-Escala de distribuição diária dos técnicos de forma clínica	-Enfermeiras da EU
Dependência extrema de familiares e pacientes pela equipe de enfermagem	-Realizar educação em saúde para o acompanhante e paciente, abordando a importância do estímulo do autocuidado e do cuidado do familiar no processo de hospitalização e pós alta	-Enfermeiros e técnicos de enfermagem da EU

Fonte: Cartazes produzidos por profissionais de enfermagem da UE, em oficina pedagógica. Coleta de dados, 2016.

As intervenções a médio prazo foram pautadas prioritariamente na Educação Permanente em Saúde (EPS) para os profissionais da equipe multiprofissional e educação em saúde para a população de acompanhantes/ familiares e pacientes. Outras ações foram voltadas a um melhor dimensionamento de pessoal e distribuição diária do serviço por plantão.

Estas intervenções pautadas na educação em saúde e EPS, tendem a contribuir para a continuidade do cuidado prestado no ambiente hospitalar, pois visam envolver a equipe multidisciplinar e o familiar/cuidador no processo de cuidados.

Estudo aponta que fatores como: a continuidade no cuidado multidisciplinar durante a permanência do idoso no hospital, a garantia do acompanhamento subsequente pelos serviços da comunidade (domiciliares ou não), a atuação efetiva da enfermagem no processo de manejo e encaminhamento e a interdisciplinaridade se associam a resultados positivos nos serviços de emergência².

Quadro3. Intervenções a longo prazo, relatadas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência para o manejo ideal de pessoas idosas com suspeita de Acidente Vascular Cerebral. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Problemas	Intervenções	Responsáveis
Superlotação da Unidade de Emergência	-Regulação de pacientes para unidades de suporte -Reavaliação médica em tempo hábil	-Gestão -Diretoria
Dimensionamento de pessoal insuficiente para dar suporte a pessoas idosas com AVC na UE*	-Contratação de novos profissionais	-Gestão -Diretoria
Falta de educação em saúde para a população (perdem tempos de janela, aumento de nº de pacientes que não deveriam estar no HG)	-Divulgação de informações para a população: -Redes sociais -Rodízio de pôsteres mensais na Sala de espera -TV na sala de espera com informações em saúde e perfil de atendimento do hospital -Estagiários realizando educação em saúde na sala de espera	- Funcionários do Hospital, e equipe de apoio da pesquisa -Diretoria de enfermagem -Gestão do Hospital -Educação Permanente do Hospital

Fonte: Cartazes produzidos por profissionais de enfermagem da UE, em oficina pedagógica. Coleta de dados, 2016.

Os fatores intervenientes que serviram de base para formulação das intervenções a longo prazo se configuram como uma realidade não apenas local, porém nacional ou até mundial dos serviços de emergência públicos, se caracterizando por: todos os leitos da emergência ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos³⁵ e pouco investimento na educação em saúde. Essa realidade, que indica baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e do hospital em particular, induz à baixa qualidade assistencial³⁵.

A implementação de ações que intervenham nesta realidade envolve não somente esferas maiores do que a gestão local de saúde, mas todo o Sistema Único de Saúde e as autoridades brasileiras. Ainda assim, os profissionais criaram sugestões de ações a serem adotadas, e algumas iniciativas locais a serem tomadas para a minimização de alguns destes problemas, conforme pontuado no quadro 3.

Um exemplo destas ações locais sugeridas foi a difusão de conhecimento sobre a temática do AVC em pôsteres na sala de espera do hospital, implantação de uma televisão nesta sala

contendo informações sobre prevenção, manutenção e recuperação da saúde, bem como sobre o perfil do hospital, dentre outras informações. Também foi sugerido que, em parceria com o setor de Educação permanente, os estagiários de saúde que passam pela unidade, realizassem sessões de educação em saúde na sala de espera, com palestras e dinâmicas.

Após a criação dos quadros com intervenções a curto, médio e longo prazo, em oficina posterior, foi discutido com a equipe de participantes do estudo sobre a importância de cada um deles para que estas ações fossem colocadas em prática; e até mesmo como proliferadores das informações que foram trocadas naquelas oficinas educativas.

Ademais, considerando que, para as situações percebidas na referente UE seria necessária uma abordagem de intervenção diferenciada, foi escolhida então a PA, para que estimulasse a atuação plena e total dos profissionais participantes durante o processo da pesquisa, e suscitasse neles a conscientização de seus próprios recursos mobilizando-os de maneira a prepará-los para um desenvolvimento endógeno³⁶.

Conclusões

Os fatores intervenientes identificados se relacionaram, prioritariamente, com questões estruturais, políticas, recursos humanos, recursos materiais e fatores relacionais entre a equipe multiprofissional.

As intervenções sugeridas foram categorizadas em curto, médio e longo prazo. As ações a curto prazo incorporaram, desde a propagação do conhecimento sobre a temática para outros profissionais da unidade, a orientações de saúde/doença para familiares e acompanhantes, modificações na rotina da unidade em função de uma melhor identificação, manejo e encaminhamento destas pessoas idosas.

A médio prazo, as intervenções foram pautadas prioritariamente na EPS para participantes da equipe multiprofissional, e educação em saúde para os acompanhantes, familiares e pacientes acometidos. Também a médio prazo, outras ações foram voltadas ao melhor dimensionamento de pessoal e distribuição diária do serviço por plantão, e uma ação foi voltada para a prevenção de lesão por pressão nestes idosos.

A longo prazo, os fatores intervenientes negativos que serviram de base para formulação das intervenções se configuraram como uma realidade nacional das instituições públicas de saúde. Foi pontuado que a implementação de ações que interfiram nesta realidade envolve todo o Sistema Único de Saúde e os gestores de saúde pública brasileiros. Ainda assim, os profissionais

criaram sugestões de ações a serem adotadas, e algumas iniciativas locais a serem tomadas para a minimização de alguns destes problemas.

Ademais, a partir da iniciativa para realização deste estudo e das oficinas educativas, os profissionais da equipe de enfermagem da UE, tiveram um espaço para reflexão coletiva, discussões e análise crítica da realidade que estavam inseridos. A valorização dos discursos, opiniões e da experiência prática dos participantes foi essencial para a elaboração de estratégias viáveis para o equacionamento/minimização dos fatores considerados como negativos e potencialização dos fatores positivos, para o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC.

Este espaço de reflexão para um diagnóstico situacional e planejamento de intervenções pode contribuir para outros estudos sobre a temática, no contexto da emergência, oferecendo subsídios para percepção dos fatores intervenientes presentes em um hospital público, porém que refletem a realidade de diversas unidades de emergências nacionais e internacionais. Deste modo, intervenções podem ser implementadas consoante ao contexto das demais unidades.

Uma das principais limitações para o desenvolvimento do estudo foi que a superlotação da unidade, dentre outros fatores, desencadeia a falta de estímulo nos profissionais para acreditar que algumas mudanças em seu contexto prático são possíveis.

Também foi percebido que diversas ações importantes para a implementação de práticas que tornem este manejo e encaminhamento mais efetivo, dependem de outras categorias profissionais e até de esferas governamentais superiores, o que limita, então, o espectro de atuação dos profissionais de enfermagem participantes.

Estas limitações não influenciaram na qualidade dos dados obtidos, na coerência dos achados com as produções publicadas sobre o assunto, tampouco tiram o mérito do espaço reflexivo que foi construído e das ações planejadas para influenciar na forma de manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC.

Referências

1. Ministério da Saúde (MS). Morbidade hospitalar por local de internação. DataSUS[Internet], 2014. [cited 2017 mar 20]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/Saúde_cnv/niuf.def
2. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Guerra ACL, Carlos MJ, Trocado CVM. Emergency care and its interfaces: the short-term care for the elderly. J Bras Econ Saúde[Internet], 2015. [cited 2017

- mar 21];7(1): 62-69. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4757.pdf>
3. Hirshon JM, Risko N, Calvelino EJB, Stewart RS, Narayan M, Theodosios C, O'Neill J. Health systems and services: the role of acute care. *Bulletin of the World Health Organization*. [Internet], 2013. [cited 2017 mar 21];91(5):386-8. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/>
 4. Jesus MCP, Figueiredo MAG, Santos SMR, Amaral AMM, Rocha LO, Thiollent MJM. Permanent education in nursing in a university hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet], 2011. [cited 2017 mar 22]; 45(5):1229-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 5. Thiollent MJM. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 18ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
 6. Ministério da Saúde (MS)a. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. [Internet]. [cited 2017 jan]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html
 7. Ministério da Saúde (MS)b. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012. Linha de cuidados em AVC. [Internet], 2012. [cited 2017 mar 21] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html
 8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís A. e Augusto P. Lisboa. edições 70 LTDA, 2011.
 9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
 10. Maria MA, Fátima AAQ, Maria FOG. Systematization of nursing care in urgency and emergency services: feasibility of implementation. *Rev. Bras. Enferm* [Internet], 2012. [cited 2017 mar 22]; 65(2): 297-303. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015
 11. Stefanelli MC. *Conceitos teóricos sobre comunicação: a comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2ª Ed. Barueri: Manole; 2012.
 12. Menegon DB, Bercini RR, Santos CT, Lucena AF, Pereira AGS, Scain SF. Braden subscales analysis as indicative of risk for pressure ulcer. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet], 2012. [cited 2017 mar 22]; 21 (4): 854-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400016
 13. Ministério da Saúde (MS). *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais da saúde*. Brasília [Internet], 2009. [cited 2017 22 mar]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf

14. Fraga MM. As implicações da superlotação do serviço de emergência no trabalho do técnico de enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS. Porto Alegre, [Internet], 2013. [cited 2017 mar 22]. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-25624>
15. Bruni ML, Mammi I, Ugolini C. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services? *Journal of Health Economics* [Internet], 2016. [cited 2017 mar 22]; 50(2016) : 144–155. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629616302971>
16. Dolton P, Pathania V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England’s 7-day GP opening. *Journal of Health Economics* [Internet], 2016. [cited 2017 mar 22]; 49 (2016): 193–208. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629616300236>
17. Santos JLGD, Lima MADDS, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. *Acta Paul. Enferm.* [Internet], 2013. [cited 2017 mar 22]; 26(2): 136-143. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci_arttext&tlng=en
18. Schmoeller R, Gelbcke FL. Indicators for the measurement of emergency nursing personnel. *Texto Contexto Enferm.* [Internet], 2013. [cited 2017 mar 22]; 22(4): 971-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400013&script=sci_arttext&tlng=en
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Ministério da Saúde. [Internet], 2014. [cited 2017 feb 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html
20. Saionara NO, Bianca JR, Marina P, Marta LP, Kenya SR, Adalbi CS. Emergency care units (UPA) 24h: The nurses perception. *Texto Contexto Enferm.* [Internet], 2015. [cited 2017 mar 21]; 24(1): 238-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100238
21. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção às Urgências. [Internet], 2006. [cited 2017 mar 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf
22. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
23. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), [Internet] 2010. [cited 2017 mar 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

24. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010. [cited 2017 mar 22]; 15(5):2395-404. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>
25. Santos SSC, Lopes MJ, Gemitto ML, Casas-Novas MV, Pinheiro FT. The teaching about the care of the elderly in nursing training: the situation in Portugal. *Rev Rene*. 2013; 14(4):801-10.
26. Both, JE, Leite MT, Hildebrandt, LM, Beuter, M., Muller, LA., Linck, CDL. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* (2014);18(3): 486-95.
27. SESAB. Hospital Roberto Santos promove Simpósio Multiprofissional de AVC . [Internet]. [cited 2016 nov 10]. Available from: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=7351:-hospital-roberto-santos-promove-simposio-multiprofissional-de-avc-&catid=13:noticias&Itemid=25
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília (DF): MS; [Internet], 2004.[cited 2017 mar 19] Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS*. Brasília (DF): MS.[Internet], 2009. [cited 2017 mar 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
30. Rossaines MA, Haddadb MCL, Vannuchib MTO, Sentoneb ADD, Gabriel CS. User Embracement With Risk Evaluation and Classification in Public Mid-Sized Hospital and the Responsibility of Primary Care. *Journal of Health Sciences*, [Internet], 2011. [cited 2017 mar 20];13(3): 169-74. Available from: <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1191/1144>
31. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Analysis of the Mortality Trend due to Cerebrovascular Accident in Brazil in the XXI Century. *Arq Bras Cardiol*. [Internet], 2012. [cited 2017 jan 17]; 98 (6): 519-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
32. Simone CA, Róger FL, Bianca PS, Christian D, Paulo RBFJ, Evelyn AS. Exercising leadership of nurses in the urgent and emergency service. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde*, 2016; 7(1): 38-51.
33. Alves MJ, Silva SPM, Cunha BTM. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma emergência para a enfermagem. *Rev. Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição* [Internet], 2013. [cited 2017 mar 20];4(4): 1-15. Available from: http://www.ceen.com.br/revista_eletronica

34. Borges MCLA, Ponte KMDA, Queiroz MVO, Rodrigues DP, Silva LMSD. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [Internet], 2012; 4(3): 2592-2597. [cited 2017 mar 22].
35. Soares JVD, Souza FMLO. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*[Internet], 2013. [cited 2017 mar 22]; 47(5): 1172-1179.
36. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Hospital-based emergency care: at the breaking point.* Washington DC: National Academies Press; 2007.
37. Barbier R. *A pesquisa-ação.* Brasília, DF: Plano, 2002.

4.4 ARTIGO 3

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO MANEJO E ENCAMINHAMENTO DE IDOSOS ACOMETIDOS PELO ACIDENTE CEREBROVASCULAR

RESUMO

Objetivo: identificar, junto à equipe de enfermagem da unidade de emergência, os impactos percebidos após uma intervenção educativa, em suas práticas de manejo e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo acidente cerebrovascular. **Método:** pesquisa ação realizada com dezoito profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade de emergência de um Hospital Geral referência em Acidente Vascular Cerebral na Bahia. Os dados foram coletados através de uma oficina pedagógica, que avaliou a intervenção planejada, pactuada e realizada a partir de oficinas anteriores com os participantes. Os discursos foram analisados através da técnica de análise temática de conteúdo. A oficina de avaliação ocorreu dois meses após o término das oficinas de intervenção. **Resultados:** Houve impactos positivos na vida profissional dos profissionais. Os impactos na unidade foram organizados em quadros, onde percebeu-se que as ações pactuadas para implementação a curto prazo foram mais efetivas que as de médio. Impactos de ações a longo prazo deverão ser avaliados futuramente. **Conclusão:** a intervenção educativa contribuiu prioritariamente para a reflexão, troca de saberes e problematização dos participantes a respeito de suas práticas. Houve pactuação com a gestão de enfermagem do Hospital, para que as ações continuassem a ser implementadas mesmo após o término da pesquisa.

Descritores: Idoso; Equipe de enfermagem, Acidente Vascular Cerebral, Emergência, Educação Continuada.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) atinge cerca de 16 milhões de pessoas no mundo a cada ano; dessas, seis milhões morrem ⁽¹⁾. Estudo sobre a epidemiologia do AVC no Brasil, mostrou um alto índice de morbidade e mortalidade hospitalar em indivíduos idosos, bem como sua relação com o alto custo total de internações ⁽²⁾.

A detecção precoce dos sinais e sintomas, com manejo e encaminhamento rápido e efetivo se fazem imprescindíveis para um desfecho clínico favorável ⁽³⁾, entretanto, no nordeste brasileiro, estima-se que a minoria dos pacientes idosos acometidos pelo AVC consegue chegar à unidade de emergência (UE) nas primeiras três horas após o acometimento ⁽⁴⁾. Sendo considerado o tempo alvo de janela terapêutica de até quatro horas e meia, em situações de AVC isquêmico ⁽⁵⁾, esta realidade dificulta a intervenção terapêutica do paciente idoso e, conseqüentemente, aumenta o seu tempo de internação ⁽⁴⁾. Ademais, nos casos de AVC hemorrágico, ou isquêmico

fora da janela terapêutica, o atendimento eficaz é importante para controlar/evitar possíveis complicações.

Deste modo, torna-se necessário que os profissionais de saúde envolvidos, entre estes o enfermeiro e sua equipe, estejam capacitados para oferecer um atendimento especializado, rápido e contínuo, desde a porta de entrada no hospital até seu desfecho, seja este na enfermaria, na unidade de AVC (U-AVC) ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ⁽⁶⁾.

A partir de uma vivência realizada pelo Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Redes de Atenção na Urgência e Emergência, financiado pelo Ministério da Saúde e realizado entre 2013 e 2015, percebeu-se que, na unidade lócus, haviam diversas fragilidades no que diz respeito ao encaminhamento, pela equipe de enfermagem, dos pacientes internados, em sua maioria idosos. Tal observação suscitou a necessidade de uma intervenção educativa com esses profissionais para práticas que tornassem o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de Acidente Vascular Cerebral mais efetivo na Unidade de Emergência.

Neste contexto, questionou-se: que impactos sobre o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, foram percebidos após a intervenção educativa?

Deste modo, objetivou identificar, junto à equipe de enfermagem da UE, os impactos de uma intervenção educativa em suas práticas de manejo e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo acidente cerebrovascular.

Método

Pesquisa ação (PA) parte de uma dissertação de mestrado, cujos resultados se referem à fase denominada de avaliação. A PA é considerada uma estratégia de pesquisa de origem crítico-social e base empírica, que objetiva promover modificações na realidade em que vivem os participantes; na qual há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada. Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta ⁽⁷⁾.

Tais estudos de destacam pelo seu caráter reflexivo, mobilizador, gerador de conhecimentos interdisciplinares e de soluções coletivas, apresentando forte potencial de contribuição em processos de transformação das práticas ⁽⁸⁾.

O estudo matriz do qual esse faz parte contemplou todas as fases preconizadas para uma PA: diagnóstico situacional, planejamento, implementação das atividades e avaliação ^(7,9), essas fases são dinâmicas, cíclicas e dialogam entre si.

A pesquisa foi realizada em um hospital geral (HG) público, de referência em cuidados ao paciente acometido pelo AVC no estado da Bahia, localizado na cidade de Salvador. O HG foi escolhido como *locus*, por ter sido campo de atuação do PET Redes de Atenção na Urgência e Emergência, quando deficiências que dificultavam o encaminhamento efetivo pela equipe de enfermagem, dos pacientes internados, foram observadas e discutidas com a gestão da unidade; por ser um serviço de referência em AVC no estado, beneficiado pelo programa federal “SOS emergências” ⁽¹⁰⁾ ; seguir a linha do cuidado ao AVC⁽¹¹⁾ e conter uma unidade pioneira na especificidade do AVC, como a U-AVC.

A UE do HG possui sala de acolhimento e classificação de risco na porta de entrada, sala amarela, sala verde e alguns leitos extras; sala de medicações, para pacientes em observação; e sala vermelha. Dispõe, também, de suporte da UTI e U-AVC.

Essa unidade possui enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuando em regimes de plantão de 12 horas, segundo informações cedidas pela Coordenação de enfermagem da unidade, contudo, com um quantitativo abaixo da demanda.

Participaram da PA 18 profissionais de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão: profissionais de enfermagem que atuassem na UE ou na unidade de U-AVC, que comparecessem a, pelo menos, duas oficinas pedagógicas. Destes profissionais, 11 eram enfermeiros e sete técnicos de enfermagem, com variação de um a 23 anos de atuação em UE.

Um dentre estes enfermeiros e dois técnicos de enfermagem atuavam na U-AVC. A participação destes profissionais na pesquisa foi de extrema importância para o enriquecimento das discussões e troca de experiências práticas.

As fases da PA foram realizadas mediante oficinas pedagógicas que aconteceram entre os meses de maio e agosto de 2016. Dois meses após a oficina de planejamento das intervenções, ocorreu a oficina de avaliação do processo, cujos resultados são apresentados neste artigo.

Esta oficina de avaliação aconteceu em agosto, com nove profissionais de enfermagem, e teve duração de três horas. Nesta, houve discussão coletiva, mediada pela pesquisadora principal, sobre os impactos pessoais e profissionais da intervenção educativa.

Para tanto, utilizou-se de um roteiro previamente elaborado, com perguntas norteadoras, contemplando os objetivos da pesquisa referentes aos impactos da intervenção educativa em sua vida pessoal e profissional. Subsequentemente, foi apresentado o quadro com as intervenções elaboradas por eles na oficina anterior, e iniciada a discussão sobre as ações. Foi questionado se estas ações foram efetivamente implementadas. Em caso negativo, o que os participantes consideravam como motivos. As falas dos participantes foram gravadas, com o devido consentimento e, posteriormente, transcritas.

Para o bom andamento das oficinas pedagógicas a pesquisadora principal contou com a participação de uma equipe de cinco alunos, bolsistas e voluntários, vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI), responsáveis por fornecer o apoio logístico.

Os depoimentos coletados, foram trabalhados utilizando-se a técnica de análise temática de conteúdo ⁽¹²⁾, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material oriundo das falas, tratamento dos resultados e interpretação. O material empírico foi categorizado de acordo com as ideias contidas no discurso de cada participante, e depois discutidos, tendo como base as evidências científicas sobre o tema.

Após esta última oficina, para acompanhamento do processo, aconteceram três reuniões mensais com a Coordenação de enfermagem do hospital, quando foram discutidos todos os pontos contidos no quadro elaborado pelos participantes e dado um retorno à equipe da pesquisa de como estava sendo encaminhada a implementação de cada atividade proposta. Nestas reuniões mensais, eram discutidos os fatores que interferiam para a implementação de cada ação pactuada, e quais os impactos das intervenções na UE. Este retorno está exposto nas últimas colunas dos Quadros 1,2 e 3.

O projeto matriz “Acolhimento e cuidado na unidade de Emergência”, do qual esse estudo faz parte, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e aprovado com parecer consubstanciado de número: 1172310. Para garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados na oficina com crachás, contendo codinomes para enfermeiros (Enf1, Enf 2...) e técnicos de enfermagem (Tec.enf1...), da mesma forma, suas falas são identificadas no presente estudo.

Resultados

Participaram da oficina pedagógica de avaliação nove profissionais; sendo cinco enfermeiras (Enf. 4, 5, 6, 7 e 8) e quatro técnicos de enfermagem (Tec. Enf. 2, 4, 5, 7). Através do tratamento dos dados, utilizando-se a análise temática de conteúdo, foram formadas duas categorias: Impactos da intervenção educativa nas práticas dos profissionais, e suas subcategorias; e Impactos da intervenção educativa na unidade de emergência a curto, médio e longo prazo.

A primeira categoria, possuiu como subcategorias: estímulo a um olhar diferenciado às pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, aprimoramento de conhecimentos técnicos e assistenciais, e fortalecimento de vínculo entre a UE e U-AVC, propagação do conhecimento adquirido nas oficinas, implementação de ações já pactuadas no serviço e motivação para outras transformações, e mudanças na prática assistencial dos profissionais.

Impactos da intervenção educativa nas práticas dos profissionais

As subcategorias emergentes dessa categoria foram: estímulo a um olhar diferenciado às pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, aprimoramento de conhecimentos técnicos e assistenciais, e fortalecimento de vínculo entre a UE e U-AVC, propagação do conhecimento adquirido nas oficinas, implementação de ações já pactuadas no serviço e motivação para outras transformações e mudanças na prática assistencial dos profissionais

Os participantes referiram se sentir estimulados a propagar o conhecimento adquirido; houve estímulo à implementação das ações pactuadas; e os encontros incitaram a aceleração de atividades que tinham sido planejadas previamente pela coordenação, mas ainda não tinham sido implementadas. Por fim, os participantes exibiram sua percepção de que as mudanças na unidade começam com mudanças dentro de cada profissional.

[...] esses encontros possibilitaram uma importante reflexão. Para ocorrer as mudanças precisei parar e ter esse momento de autocrítica, analisar o que está sendo feito e o que precisa ser mudado. Muitas vezes, a rotina nos impede de enxergar com clareza determinadas situações. (Enf 5)

[...]os encontros que participei serviram para despertar muita coisa, a questão dos problemas na sala de espera[...]no calor do dia-a-dia não dá para a gente ter tanta atenção, me despertou nessa questão de quem está ali esperando. (Enf.6)

Nestes momentos de análise da situação vigente havia o sentimento de que, apesar das dificuldades enfrentadas, existia a possibilidade de mudanças, e isso dava energia para continuar a implementação das atividades.

[...] foi muito interessante, não só pela discussão sobre AVC, mas esse momento de reflexão contribuiu a nível pessoal, serviu de exemplo para nossas vidas, para a gente se energizar e ir adiante. Mesmo tendo a necessidade de dar passos para trás, é preciso refletir mais e analisar o que realmente é importante. (Enf.8)

Logo, referiram também que a intervenção educativa viabilizou momentos de autocrítica e reflexão da realidade vigente na UE e seus impactos na assistência, bem como a discussão sobre o AVC.

Estímulo a um olhar diferenciado às pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC

Os profissionais relataram que passaram a ter um olhar diferenciado às pessoas idosas na UE, principalmente as que tinham suspeita ou já acometidas pelo AVC.

[...]os encontros nos possibilitaram ter uma visão diferenciada a estas pessoas idosas. (Tec.enf.5)

Os encontros foram bons, eu comecei a ficar mais atenta a estes idosos. É bom sempre a gente estar aprendendo, reciclando[...]. (Tec. enf.4)

[...]depois das oficinas a gente ficou mais atento, temos mais cuidado. Agora damos uma atenção maior para esses pacientes idosos com AVC [...]nós conversamos com outros profissionais sobre a melhor conduta para o atendimento ao idoso[...] as oficinas com certeza influenciaram em minha vida profissional. (Enf.7)

O discurso de Enf.7 aponta que utiliza o diálogo multiprofissional para a adoção da conduta mais adequada de manejo e encaminhamento destas pessoas idosas, referindo que a intervenção educativa trouxe influência em suas práticas assistenciais.

Aprimoramento de conhecimentos técnicos e assistenciais, e fortalecimento de vínculo entre a UE e U-AVC

Os discursos elucidaram que os participantes reconhecem a contribuição da intervenção educativa para seu fortalecimento técnico científico, além de possibilitar o estabelecimento de maior vínculo entre as equipes da unidade de AVC e unidade de emergência, a partir dos diálogos e troca de experiências durante as oficinas pedagógicas.

[...]esses encontros serviram como uma oportunidade de aprimoramento do conhecimento, de contarmos também com a presença de neurologistas, de conhecer o trabalho de cada profissional, fazendo um laço maior com a unidade de AVC. Existe a necessidade de termos o conhecimento para depois sermos reconhecidos, então eu gostei muito de participar das oficinas, espero ter contribuído e com certeza eu também aprendi[...]. (Enf.8)

[...] eu acho que aprendizado é algo que temos no dia-a-dia e precisamos estimular [...]estamos sempre aprendendo a prestar cuidados, somos eternos alunos. Por isso as oficinas foram muito importantes. (Tec. enf. 7)

O fortalecimento do vínculo entre as duas unidades, conforme Enf.8, se mostra como fator positivo ao manejo e encaminhamento, visto que tende a viabilizar o diálogo entre a equipe multiprofissional de ambas unidades e estabelece um espaço para troca de conhecimentos e auxílio mútuo.

Propagação do conhecimento adquirido nas oficinas

Além do compartilhamento de saberes viabilizado durante as oficinas pedagógicas, os participantes do estudo pontuam que as discussões atingiram outros espaços, e que houve propagação do conhecimento adquirido.

[...] Eu sou pedagoga e técnica de enfermagem, e para minha surpresa, a sogra de uma colega tinha dado entrada aqui neste HG, e já tinha ficado internada no hospital XX[...] foi transferida para cá mas já chegou em óbito. Esta colega ligou para mim, e comecei a explicar sobre o AVC[...], contei para ela do que havia conversado e aprendido aqui na oficina, e ela me disse: “-se eu tivesse conversado com você antes ela não teria morrido”. (Tec.enf.7)

Essa aquisição de conhecimento se configura como processo transformador, que impulsiona os participantes a compartilhar com outros colegas.

A transformação foi a partir do primeiro encontro. Essa informação já absorvida e acaba sendo compartilhada para os outros profissionais que não participaram das oficinas. [...]temos disseminado este conhecimento e vamos atuando no que está sendo implementado. Isso contribuiu muito, e os frutos na UE, vamos ver mais adiante. (Enf.5)

As oficinas contribuíram para orientarmos não só o paciente, mas também os familiares. Porque agora, quando os pacientes saem da unidade, geralmente com alguma dependência, orientamos melhor os familiares, pois eles serão os cuidadores. (Enf.7)

No relato de Enf.7, foi apresentado que a partir deste processo transformador, os participantes agora orientam melhor estas pessoas idosas, bem como seus acompanhantes.

Implementação de ações já pactuadas no serviço e motivação para outras transformações

Durante os encontros, participaram também membros da coordenação de enfermagem, supervisão, e profissionais da assistência. No diálogo, foi pontuado que um impacto da intervenção educativa em todo seu processo foi o estímulo, orientações e mediação da implementação das atividades pactuadas. Demonstraram perceber a importância da realização das atividades e seus impactos na assistência prestada.

[...] queremos nestes encontros respostas, isso acaba nos pressionando a fazermos com o que o objetivo seja cumprido e com maior rigor. A partir do momento que você faz a implementação, isso reflete na assistência. (Enf.4)

Emergiu também do discurso que, a partir do envolvimento com as oficinas pedagógicas, houve uma aceleração na implementação de algumas atividades que já haviam sido planejadas pela equipe de coordenação e supervisão de enfermagem da UE, porém, com a demanda da unidade dentre outros fatores, não eram efetivamente colocadas em prática anteriormente.

[...] todos esses encontros possibilitaram a aceleração do processo de implementação de algumas ações da coordenação de enfermagem. Muitas vezes eram colocadas em planejamento mas ficava apenas em discussão. A implementação em si, acabava dependendo de outras pessoas e nem todos conseguiam se envolver [...], mas com esses encontros, isso foi acelerado. (Enf.5)

[...] então já foi algo que deixou a janela e as portas abertas para outras intervenções. (Tec. enf.2)

Durante a realização do presente estudo, houve participação ativa e apoio efetivo da equipe de coordenação, supervisão e diretoria de enfermagem da instituição nas oficinas pedagógicas e nos diálogos com sua equipe.

Os profissionais pontuaram, também, que a intervenção educativa fortaleceu a perspectiva de mudanças futuras na unidade. Uma das intervenções pactuadas, relacionada à educação em saúde à população que aguardava atendimento na sala de espera, foi colocada em prática com a ajuda da Diretoria de enfermagem do hospital, dentre outros gestores.

Uma participante pontuou sua satisfação ao perceber tal mudança, visto que a educação em saúde influencia diretamente na demanda dos pacientes e na assistência prestada.

Eu fiquei feliz com a última reunião. A liberação do meio de comunicação através da televisão na sala de espera contendo essas informações do AVC vai ser muito bom! Eu acredito que vai ajudar bastante na educação em saúde, a ausência de informação complica o atendimento. (Enf.6)

Mudanças na prática assistencial dos profissionais

Os participantes pontuaram que percebiam a mudança na prática profissional dos colegas que participaram da intervenção, e que isso seria maturado com o tempo.

[...] a partir do momento que o profissional já foi inserido nessas oficinas e discussões, ele já fez uma transformação pessoal e social [...] o primeiro passo foi dado, conseguimos uma mudança a partir de nossa reflexão como profissionais [...] essas implementações foram efetivadas para a gente acompanhar de perto e mensurar, para então perceber mudanças na unidade (Enf.4)

Embora nem todas as ações pactuadas para implementação a curto prazo tenham sido efetivadas, os profissionais percebem mudanças nas práticas assistenciais, que podem ser precursoras de avanços UE.

[...]acredito que não teremos resposta clara neste momento sobre os impactos na unidade, mas vemos mudanças em nós. Acredito que a médio e longo prazo poderemos ver o impacto na UE. (Tec.enf.2)

[...]as modificações vêm acontecendo internamente, porque já fomos sensibilizados participando destas oficinas, já modificamos algumas condutas, o nosso tratar, o observar[...]. (Enf.5)

O relato dos profissionais denota a percepção de que a partir desta mudança interior e empoderamento do profissional de enfermagem sobre seu papel ativo no processo, impactos maiores na unidade poderão ocorrer.

Impactos da intervenção educativa na unidade de emergência a curto, médio e longo prazo

Sobre os impactos da intervenção educativa na UE foram formulados quadros com as propostas e, posteriormente, a pesquisadora principal realizou visitas mensais na unidade, para dialogar a respeito da sua implementação.

As intervenções a curto, médio e longo prazo, estão apresentadas em quadros e separados por tempo alvo de implementação.

Quadro1. Resultado das Intervenções a curto prazo, formuladas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência para o manejo ideal de idosos com suspeita/acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Problemas identificados	Intervenções formuladas	Responsáveis	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (11 de julho)	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (21 de agosto)	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (24 de outubro)
Equipamentos de monitorização multiparamétrica insuficientes	1-Notificar a quebra ou defeito de equipamento 2-Encaminhar notificação ao setor de manutenção em tempo hábil	1-Enfermeiros assistenciais 2-Coordenação de enfermagem	- Já possuem monitorização na Sala vermelha -Funcionários da manutenção passam diariamente averiguando os materiais quebrados. -Em situações de quebra, enfermeiros ligam para a manutenção ou coordenação, providenciando o conserto ou compra de equipamento.	Chegarão novos monitores multiparamétricos para a sala verde.	Mantido <i>status</i>

-Falta de materiais para verificação de sinais vitais	1-Notificar, através de ficha, o término ou quebra dos materiais 2-Realizar compra de novos materiais para verificação destes sinais	1-Equipe de enfermagem 2-Coordenação de enfermagem da emergência	- A compra de novos materiais depende de licitação. Por vezes, há quebra e sumiço de materiais. Sugestão de intervenção: 1-Doação de materiais para verificação de sinais 2-Criação de pasta “L” com <i>check list</i> diário. 3-Checagem dos materiais no término de cada plantão.	1-As doações de novos materiais de SSVV para o hospital ainda não foram conseguidas; -As pastas “L” foram doadas pela equipe da pesquisa. 2-Foi implementado o <i>check-list</i> produzido nas oficinas. 3-Os enfermeiros estão mantendo o controle dos materiais em sua unidade	-Os enfermeiros continuam preenchendo o <i>check-list</i> de controle dos materiais de sinais vitais efetivamente
-Dificuldade na identificação em decorrência das doenças que mimetizam o AVC	1-Fixação de panfletos informativos em salas da UE com principais sinais e sintomas de patologias semelhantes ao AVC. 2-Liberação da Coordenação de enfermagem para esta fixação	1-Equipe de Apoio da pesquisa 2-Coordenação de enfermagem da emergência	1-Liberação para que a equipe de apoio, em conjunto com os profissionais da UE formulem, imprimam e disponibilizem na sala da coordenação de enfermagem o material para fixação em locais específicos da UE.	1-O material foi formulado, impresso e entregue à Coordenação de enfermagem que está providenciando um mural para as salas, onde material produzido será afixado.	Mantido <i>status</i>
-Má acomodação dos idosos na UE, pela alta demanda de pacientes, aumentando o risco de lesão de pele	1-Instalar colchão caixa de ovo na admissão. 2-Avaliar a pele dos idosos sempre que possível, intervindo caso necessário. 3-Orientar aos familiares para que atendem ao aparecimento de lesões de pele, e comuniquem à equipe de enfermagem.	1, 2 e 3-Equipe de enfermagem da UE	1 e 2 - O hospital possui colchão caixa de ovo disponível Contudo é preciso ser solicitado pela equipe. Essa informação será repassada de forma verbal.	Intervenção ainda não realizada, visto que depende de sensibilização do maior número de profissionais assistenciais	Mantido <i>status</i>
-Falta de avaliação periódica, por parte da equipe de saúde, dos idosos fora de janela terapêutica	1-Verificação de sinais vitais, ao menos de 6/6 horas na sala de espera. 2-Escalção de técnico de enfermagem para dar suporte aos idosos da sala de espera	1-Técnicos de Enfermagem 2- Coordenação de enfermagem	- Foi sinalizado que esta intervenção é inviável a curto prazo, devido à demanda de pacientes nos corredores e salas da UE, e no pouco quantitativo de profissionais. -Os pacientes receberão os cuidados a partir do momento que conseguirem vaga para entrar na UE, até a contratação de novos	Mantido <i>status</i>	Mantido <i>status</i>

			profissionais.		
-Falta de alimentação para pessoas idosas “internadas na sala de espera da emergência”	1-Estabelecer diálogo com a equipe de nutrição para entender a viabilidade ou não de alimentar idosos (acompanhados) na sala de espera	1-Coordenação de enfermagem da UE	- Coordenação entrará em contato com a Diretoria de enfermagem para marcarem reunião com a coordenação da nutrição e ver a viabilidade desta intervenção.	-A reunião foi realizada, entretanto a equipe de nutrição sinalizou que a atividade pode ser viável a longo prazo, após avaliação criteriosa da situação, mas que no momento não possuem profissionais suficientes para implementar esta atividade.	-A diretoria de nutrição do hospital sinalizou que a proposta é inviável de ser realizada.
-Ausência, por vezes, de Médicos plantonistas na porta de Entrada da UE. Estes profissionais nem sempre ficam em seu posto de trabalho durante todo o período, por vezes, se encontram em outros locais do hospital.	1-Notificação, através de ficha, de cada evento ocorrido à coordenação médica e de enfermagem 2- Avaliação das notificações feitas e tomada de devidas providências	1-Enfermeiros 1-Coordenação de enfermagem 2-Coordenação médica	-Já ocorre esta notificação, mas alguns profissionais não a fazem por acreditar que não mudará a conduta dos médicos. -Sugerem que seja intensificada e que os enfermeiros entendam a importância desta comunicação dos eventos.	Mantido <i>status</i>	- Mantido <i>status</i>

As intervenções propostas para implementação em curto prazo, em sua maioria foram encaminhadas e há pretensão de serem implementadas com brevidade, segundo relatos dos gestores de enfermagem. Para as intervenções que dependiam de instrumento específico para serem colocadas em prática, estes foram formulados de forma grupal e já se encontram disponíveis na unidade; os impressos informativos que serão disponibilizados nos murais das salas da UE sobre AVC também foram formulados e, segundo informações da coordenação de enfermagem, serão fixados em futuro próximo. Outras atividades, como a alimentação de pessoas idosas que aguardam vagas por mais de 24h na sala de espera foram consideradas inviáveis após discussão com outros membros da equipe multiprofissional da UE.

Sobre as intervenções relacionadas às mudanças de atitude a equipe, como a relacionada a utilização dos colchões “caixa de ovo” e sobre a avaliação periódica de idosos fora da janela terapêutica, percebeu-se que sua implementação só ocorreria a médio e longo prazo, visto que necessitam de diversos fatores estruturais externos.

Quadro2. Resultados das Intervenções a médio prazo, formuladas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência para o manejo ideal de pessoas idosas com suspeita de Acidente Vascular cerebral, e parecer da Coordenação de enfermagem. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Problemas identificados	Intervenções formuladas	Responsáveis	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (11 de julho)	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (21 de agosto)	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (24 de outubro)
-Despreparo de profissionais da bioimagem e alguns da UE no manejo e priorização destes pacientes com AVC	1-Realização de capacitações e palestras sobre AVC para profissionais da bioimagem e emergência	1-Equipe da U-AVC 1-Equipe de apoio da pesquisa 1-Setor de Educação Permanente do Hospital	-Concordaram com a necessidade -Esta intervenção educativa já se mostrou como treinamento para profissionais da UE que se interessaram, foi realizado um treinamento com ampla adesão de enfermeiros em 24 de maio de 2016, sobre AVC -Serão contatados o setor de bioimagem e U-AVC para pactuar novos treinamentos	-O coordenador da equipe de bioimagem foi comunicado sobre a necessidade e sinalizou que disponibilizará data para que sua equipe seja treinada - O setor de educação permanente do hospital foi comunicado sobre a necessidade	Mantido <i>status</i> , Coordenação da equipe de bioimagem ainda não havia conseguido disponibilizar data para treinamentos
-Presença de apenas um enfermeiro no Acolhimento com classificação de risco (ACCR)	1-Aumento do número de funcionários no ACCR para dois enfermeiros ou um enfermeiro e um técnico de enfermagem	1-Diretoria de enfermagem 1-Coordenação de enfermagem da UE	-A coordenação sinaliza que é inviável a médio prazo, mas talvez a longo prazo isso seja possível com a contratação de novos profissionais. Pois outras áreas exibem grande demanda dentro da UE, e não conseguem ser supridas ainda por poucos profissionais para a demanda de pacientes.	Mantido <i>status</i>	Mantido <i>status</i>
-Dimensionamento de pessoal insuficiente para dar suporte a pessoas idosas com AVC na UE*	1-Escala de distribuição diária dos técnicos atendendo aos critérios clínicos e nível de complexidade assistencial	1-Enfermeiras da EU	-Foi sinalizado que a médio prazo é necessária a sensibilização dos enfermeiros para este olhar clínico no dimensionamento. Mas que a demanda grande inviabiliza que o cuidado seja feito de forma efetiva.	Mantido <i>status</i>	Mantido <i>status</i>
-Dependência extrema de familiares e acompanhantes destes pacientes apesar da grande demanda na unidade	1-Realizar atividades de educação em saúde para o acompanhante e paciente, abordando a importância do estímulo do autocuidado e do apoio no do	1-Enfermeiros e técnicos de enfermagem da UE	-Percebem que há a grande dependência, mas que dentro do hospital a responsabilidade em todas as atividades do cuidado é da equipe. Entretanto, pela alta demanda, é necessário um apoio maior dos familiares nestas	Mantido <i>status</i>	Mantido <i>status</i>

	familiar, nos cuidados no processo de hospitalização e pós alta		práticas. -A longo prazo pode haver esta sensibilização.		
--	---	--	---	--	--

Por se apresentarem como ações de implementação a médio prazo, seus resultados e influências no campo da UE não foram passíveis de verificação em tempo hábil para o estudo em tela. Entretanto, os caminhos para sua efetivação já foram começados a trilhar, enquanto os pesquisadores estavam no *locus* do estudo. Foi mantido o contato com a equipe gestora do setor de bioimagem do HG e também mantido vínculo com a gestão de enfermagem da UE, para que em estudos futuros, possa ser dialogado sobre a implementação destas atividades.

Quadro3. Resultados das Intervenções a longo prazo, formuladas pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem da emergência para o manejo ideal de pessoas idosas com suspeita de Acidente Vascular cerebral, e parecer da Coordenação de enfermagem. Salvador-Ba, Brasil. 2016.

Problemas identificados	Intervenções formuladas	Responsáveis	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (11 de julho)	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (21 de agosto)	Parecer da Coordenação de enfermagem da UE (24 de outubro)
-Falta de educação em saúde para a população (perdem tempo de janela terapêutica por falta de conhecimento, e há aumento do nº de pacientes que não precisariam estar no hospital, pois sua demanda seria suprida na rede de baixa complexidade)	1-Divulgação de informações para a população em: 1.1-Redes sociais 1.2- Rodízio de pôsteres mensais na Sala de espera 1.3-Estagários realizando educação em saúde na sala de espera 2-Implantação de TV na sala de espera com informações em saúde e perfil de atendimento do hospital	1.1 Funcionários do Hospital e equipe de apoio da pesquisa 1.2; 1.3-Setor de Educação Permanente do Hospital 2-Gestores do Hospital 2-Diretoria de enfermagem	-Será verificada a disponibilidade para compra de TV para a sala de espera -A coordenação se prontificou a conversar com a equipe assessoria de comunicação do HG para ver a legalidade deste tipo de veiculação em redes sociais e como pode ser feito. -A longo prazo será discutido com a equipe de educação permanente sobre a criação de novos pôsteres para ser feito rodízio mensal na Sala de espera, levando educação em saúde para a população.	-A diretoria de enfermagem sinalizou em reunião que estará sendo comprada uma televisão para ser instalada na sala de espera e a equipe da Assessoria de comunicação do hospital reunirá material expositivo sobre várias temáticas para que seja colocado nesta televisão.	-A televisão foi comprada e materiais sobre diversas temáticas, inclusive sinais e sintomas de AVC serão expostos na sala de espera. Obs.: Em 02 de dezembro de 2016 a televisão foi instalada na sala de espera, segundo informações cedidas pela coordenação de enfermagem na unidade de emergência.
-Superlotação da UE	1-Regulação de pacientes para unidades de suporte 2-Reavaliação médica em tempo hábil	1-Gestores públicos 2-Diretoria médica	- Concordam com necessidade	Mantido <i>status</i>	Mantido <i>status</i>
Dimensionamento de pessoal insuficiente para dar suporte a pessoas idosas com AVC na UE*	1-Contratação de novos profissionais	1-Gestores públicos 1-Diretoria do hospital, diretoria de enfermagem	- Concordam com necessidade	Mantido <i>status</i>	Mantido <i>status</i>

As atividades propostas para implementação em longo prazo são, em sua maioria, dependentes do apoio de gestores públicos e de uma melhoria nas condições de assistência à saúde no SUS. Apesar de serem fatores de difícil modificação, os profissionais de enfermagem perceberam a necessidade de pontuar a existência do problema e materializar possíveis ações que modificariam/minimizariam tal realidade.

Em um panorama geral sobre as intervenções apresentadas, as de curto prazo tiveram uma evolução maior em sua efetivação do que as demais, entretanto, uma atividade prevista para longo prazo foi implementada efetivamente em curto prazo. Houve a compra da televisão para a sala de espera e a pactuação com a equipe de assessoria de comunicação do hospital para que informações sobre o AVC fossem veiculadas diariamente. Ainda assim, os fatores gerenciais do setor público brasileiro interferiram diretamente para que algumas não fossem realizadas até o momento.

Discussão

A educação em saúde e EPS influencia positivamente na qualidade do cuidado ⁽¹³⁾. Porém, para que haja efetividade, é preciso que nestas práticas educativas sejam estimulados o diálogo, a indagação, a reflexão e a ação partilhada ⁽¹³⁾. Deste modo, é percebido o impacto positivo da metodologia participativa utilizada neste estudo, ao estimular e viabilizar espaços de discussão sobre a pessoa idosa com suspeita/acometida pelo AVC.

Sobre a população idosa, seu aumento numérico com abrangência mundial traz algumas necessidades na área da saúde/enfermagem, como as adaptações que os serviços precisam ter para o atendimento destas pessoas de forma específica. Também se observa esta necessidade na formação dos profissionais, no que tange ao conhecimento acerca dessas adaptações e das especificidades do cuidado direcionado aos idosos ⁽¹⁴⁾.

Os dados emergentes dos discursos dos profissionais, ao pontuar que adquiriram um “olhar diferenciado” à pessoa idosa, são similares ao de estudo realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem ⁽¹⁵⁾ em hospital filantrópico do Sul do Brasil. Neste, a partir do debate sobre o conhecimento adquirido e compartilhado em oficinas em grupo sobre o cuidado aos idosos, ficaram evidentes as modificações que ocorreram no exercício profissional dos participantes. Foi pontuado que as falas dos profissionais retrataram mudanças geradas na conduta e atitude na prestação do cuidado ao idoso a partir das reflexões, que foram desenvolvidas no decorrer das oficinas ⁽¹⁵⁾.

Estas discussões no contexto hospitalar se fazem necessárias para atender a demanda formada por pacientes idosos, pois os profissionais de enfermagem devem ter conhecimentos e habilidades próprios de sua formação e terem acesso à atualizações e capacitações constantes. Desse modo, buscar o aprimoramento com foco no cuidado à pessoa idosa é fundamental, para que a enfermagem possa prestar assistência qualificada⁽¹⁵⁾.

A metodologia participativa propiciou aprimoramento de conhecimentos técnicos e assistenciais e fortalecimento de vínculo entre a UE e UAVC. Na PA, ao investigar e agir, pesquisadores e atores sociais participantes desenvolvem um processo de aprendizagem coletiva, já que os resultados encontrados no decorrer do processo oferecem novos ensinamentos a todos⁽⁸⁾.

Estas contribuições, nos conhecimentos técnicos e assistenciais, objetivam influenciar positivamente no manejo e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC; visto que, para a efetividade destas práticas, a capacitação profissional é fundamental.

Entretanto, para que as intervenções educativas contribuam no processo de trabalho da enfermagem e em sua assistência, faz-se necessário que o profissional, como ator social, vá em busca dos mecanismos que possibilitem a implementação destas atividades⁽¹⁶⁾. Sendo assim, a intervenção educativa estimulou esta busca por parte dos participantes, no sentido em que estes se perceberam em sua situação e buscaram ações contribuintes para uma mudança do cenário.

Outro impacto da intervenção foi a propagação do conhecimento adquirido. Este impacto mobilizador, que gerou compartilhamento dos saberes, é congruente com as características da PA como metodologia participativa, pois o processo desta pesquisa tende a suscitar nos participantes uma melhor conscientização de seus próprios recursos e mobilizá-los, de maneira a prepará-los para um desenvolvimento endógeno⁽¹⁷⁾. A partir de então, espera-se que propaguem os conhecimentos adquiridos e apliquem em sua prática assistencial os produtos das reflexões nas oficinas pedagógicas.

Os pesquisadores e participantes são engajados, aprendem e ensinam durante a pesquisa, e militam para que a realidade seja modificada ao invés de procurar uma postura de indiferença⁽¹⁷⁾. Esta militância envolve a sensibilização de outros profissionais não participantes do estudo, que podem ser influenciados, para uma mudança. As práticas de EPS visam buscar este empoderamento profissional para modificações na realidade vigente.

Outro aspecto importante apresentado no estudo foi a percepção e problematização pelos participantes, da necessidade de maior interação entre equipe de enfermagem e familiares, promovendo ações de educação em saúde e mantendo uma parceria, principalmente no que tange aos cuidados pós alta orientados pela equipe. Esta capacidade de orientação de pacientes e familiares, exerce influência positiva e tende a favorecer um cuidado mais humanizado e dialógico. Pois a estratégia de cuidado desenvolvida em ambientes hospitalares pode, e deve incluir os familiares e, devem ser criados espaços para promover o diálogo entre profissionais e pacientes/acompanhantes ⁽¹⁸⁾.

Todavia, as práticas de EPS não devem ser trabalhadas de forma pontual, mas em todos os momentos em que se realiza o cuidado, e sempre que houver interação entre o profissional e usuários do sistema de saúde e seus familiares ⁽¹⁸⁾.

Neste contexto, a equipe de enfermagem possui importante papel na instrução destes pacientes e da família sobre a realização dos cuidados também em domicílio, bem como a lidar com conflitos e medos decorrentes do processo saúde-doença ⁽¹⁹⁾.

A intervenção educativa também estimulou a implementação de ações pactuadas e incitou a aceleração de atividades planejadas anteriormente pela Coordenação de enfermagem da UE. Iniciativas como a do estudo em tela, são convergentes com os preceitos da EPS, que possibilita mudanças nas práticas de saúde, através da educação dos profissionais, discussão de condições existentes, podendo realizar modificações efetivas dentro destas possibilidades ⁽²⁰⁾. A aceleração destas atividades já traçadas anteriormente pela coordenação de enfermagem se mostrou como impacto positivo da intervenção educativa nesta unidade pública de saúde.

Dentre as estratégias do Sistema Único de Saúde para qualificar a assistência à saúde da pessoa idosa, está a formação de recursos humanos, entre eles, os trabalhadores da equipe de enfermagem. Além disso, preconiza que os gestores das instituições de saúde proporcionem educação permanente aos profissionais que nelas atuam, permitindo participação em cursos, seminários e oficinas que retratem o cuidado à pessoa idosa ⁽²¹⁾.

Ainda a respeito dos impactos, percebeu-se que, partir da metodologia participativa, os profissionais vislumbraram mudanças futuras no serviço, decorrentes das intervenções, principalmente relacionadas às suas práticas assistenciais. Estudo nacional realizado com profissionais de enfermagem ⁽¹⁵⁾, observou nas falas dos participantes que, após oficinas pedagógicas, houve mudanças em suas condutas durante a prestação do cuidado ao idoso.

Relataram que a mudança ocorreu a partir das reflexões, que foram desenvolvidas no decorrer das oficinas grupais e percebiam o impacto futuro disso em sua unidade ⁽¹⁵⁾.

Acerca da natureza deste tipo de estudo, é apresentado posiciona-se como um instrumento de investigação e ação à disposição da sociedade, e que a PA exerce também uma função política, oferecendo subsídios para que, por meio da interação entre pesquisadores e atores sociais implicados na situação investigada, sejam encontradas respostas e soluções capazes de promover a transformação de representações e mobilizar os sujeitos para ações práticas ⁽⁸⁾.

Neste aspecto, temos sua aplicabilidade no espaço hospitalar, onde há grande quantidade de pacientes para serem atendidos em pouco espaço de tempo, portanto, precisa-se de mecanismos para atender a demanda. As práticas educativas se apresentam como um destes mecanismos, pois servem de base para o enfrentamento de situações rotineiras do cuidar de idosos ⁽¹⁵⁾.

Por fim, no momento de reflexão sobre os impactos na UE, vale citar Paulo Freire quando pontua que a estrutura que se transforma não é o sujeito de sua transformação. No desenvolvimento, o ponto de decisão se encontra no ser que se transforma e a transforma ⁽²²⁾.

Logo, as ações a curto prazo se mostraram dependentes de mudanças de atitude e postura profissional; entretanto estes são fatores intrínsecos, que apenas se fazem passíveis de influências, mas a sua expressão se dá pelo desejo de mudanças dentro de cada indivíduo. E, a partir destas mudanças individuais, os impactos na UE tendem a ser percebidos.

Sobre as ações a médio prazo, percebe-se também, a necessidade de sensibilização contínua da equipe, e é notado que o problema da superlotação permeia e dificulta em vários aspectos a efetivação das atividades diversas que foram propostas, apesar de não as impossibilitar.

Vislumbrando as ações pactuadas a longo prazo e também as demais, a alta demanda de pacientes para o número insuficiente de funcionários, o atraso no pagamento dos salários, indisponibilidade de verba para compra de materiais específicos, dentre outros fatores relacionados à esfera pública de saúde influenciam diretamente para a morosidade na implementação de algumas atividades. Estudo aponta que enfermeiros na gerência do cuidado no serviço de emergência vivenciam a necessidade da busca constante pelo desenvolvimento de estratégias que lhes permitam superar estes desafios impostos por um ambiente de trabalho

marcado pela procura constante por atendimento e poucos recursos para desempenho de suas funções ⁽²³⁾.

Portanto, considerando os achados apresentados no estudo em tela, para o manejo e encaminhamento efetivo de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, além das iniciativas locais e mudanças atitudinais nos participantes do estudo, é emergente a necessidade de fortalecimento público das redes de atenção à saúde, que em teoria se configuram como sistemas integrados, que se propõem a prestar atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita ⁽²⁴⁾.

Estas redes, tem como objetivo definido na Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010, de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica ⁽²⁵⁾.

Conclusão

Através deste estudo se pôde perceber que a intervenção educativa, sob os princípios da educação permanente em saúde, contribuiu prioritariamente para a reflexão, troca de saberes e problematização dos participantes a respeito de suas práticas de manejo e encaminhamento de pessoas idosas na UE com suspeita/acometidas pelo AVC.

Através do discurso dos profissionais foi percebido o impacto positivo das oficinas pedagógicas, pois relataram mudanças em seu modo de perceber e cuidar destas pessoas idosas; referiram, também, que já compartilham com outros profissionais, familiares e amigos os saberes trocados nas oficinas; e que as mudanças em seu cenário prático vão ocorrer a partir da transformação que os mesmos já perceberam dentro de si.

Sobre os impactos na UE, que foram apresentados através dos quadros, algumas ações foram efetivamente implementadas, mas, muitas ações planejadas apresentaram limitações para sua efetivação devido a problemas vivenciados nacionalmente em instituições públicas de saúde. Entretanto, os profissionais percebem que, a partir da mudança interior fomentada nas oficinas, eles podem contribuir ativamente para mudanças externas em sua realidade.

As principais limitações para o desenvolvimento do estudo foram: a superlotação das unidades que geravam problemas no dimensionamento do pessoal e, conseqüentemente,

dificuldade em realizar uma assistência reflexiva e de qualidade a todos; a falta de estímulo de alguns profissionais por falta de pagamento de seus salários, o que os fazia faltar algumas oficinas e minimizava o estímulo para que pensassem e atuassem nas mudanças da UE; e o pouco tempo para visualização dos resultados e acompanhamento das atividades a médio e longo prazo.

Entretanto, tais limitações não influenciaram na qualidade dos dados obtidos, na coerência dos achados com as produções publicadas sobre o assunto, e tampouco, na percepção da forma como a intervenção educativa impactou os profissionais de enfermagem da UE, e sua forma de manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC.

Por fim, houve pactuação com a gestão de enfermagem do Hospital para que as ações de educação permanente relacionadas à temática continuassem a ser implementadas mesmo após o término da pesquisa. Os resultados a longo prazo poderão ser apresentados futuramente. Deste modo, estimula-se que outros estudos com metodologias participativas sejam realizados em cenários de unidades de emergência, pois trata-se de local desafiador, porém rico em fatores para problematização e intervenções. Além de que atividades de educação permanente em saúde sejam sempre incorporadas ao cotidiano das equipes de enfermagem.

Referências

1. Ministério da Saúde (MS)a. Acidente Vascular Cerebral (AVC)[Internet] 2012. [cited 2017 jan]. Available from: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>
2. Botelho TS, Neto CDM, Araújo FLC, Assis SC. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Temas em Saúde*. 2016; 16(2):361-77.
3. Alves MJ, Silva SPM, Cunha BTM. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico : uma emergência para a enfermagem. *Ver. Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição* [serial online] 2013 jan-jul 4(4) 1-15.[cited 2017 feb] Available from: <http://www.ceen.com.br/revista_eletronica>.
4. Matos JJFC. et al. Perfil de gravidade dos pacientes admitidos em uma unidade de acidente vascular cerebral (AVC) na cidade de fortaleza (CE): uma análise com base na escala do NIHSS. Unichristus, Fortaleza, CE. In: Congresso brasileiro de doenças cerebrovasculares, nov. de 2013. *Anais de epidemiologia*. Fortaleza, CE. Brasil. [cited 2017 feb] Available from: <[www.http://avc2013.com.br](http://avc2013.com.br)>.
5. Claire L, Bensenine E, Durier J, Daubail B, Giroud M, Quantin C. Hospitalization within the first year after stroke: The Dijon stroke registry. *Stroke*. 2015;46:190-196.

6. Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oriá. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review.. *Rev. Bras. Enferm.*2016; 69(4): 785-92.
7. Thiollent MJM. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 18ª ed.São Paulo: Cortez, 2011.
8. Toledo RF, Jacobi PR. Pesquisa ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educ. Soc., Campinas*. 2013; 34(122):155-173.
9. Menezes AG, Lezana AGR, Ronconi LFA, Menezes ECO, Melo EM. A pesquisa-ação como estratégia de avaliação da inovação social: estudo de uma entidade educacional do município de Florianópolis. *Navus, Ver. Gest e Technol.*2016; 6 (2): 93-105.
10. Ministério da Saúde (MS)b. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. [Internet]. [cited 2017 jan]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html >.
11. Ministério da Saúde (MS)c. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012. Linha de cuidados em AVC. [Internet], 2012. [cited 2017 mar 21] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís A. e Augusto P. Lisboa. edições 70 LTDA, 2011.
13. Silva RCA, Monteiro GL, Santos AG. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. *Revista de Atenção à Saúde*.2015;13(45): 114-120.
14. Santos SSC, Lopes MJ, Gemito ML, Casas-Novas MV, Pinheiro FT. The teaching about the care of the elderly in nursing training: the situation in Portugal. *Rev Rene*. 2013; 14(4):801-10.
15. Both, JE, Leite MT, Hildebrandt, LM, Beuter, M., Muller, LA., Linck, CDL. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014;18(3): 486-95.
16. Lima VX, Brito MEM. Percepções da equipe de enfermagem acerca da prática da educação em saúde em um centro de tratamento de queimados. *Rev Bras Queimaduras*, 2016; 15(2): 110-15.
17. Barbier R. *A pesquisa-ação*. Brasília, DF: Plano, 2002.
18. Borges MCLA, Ponte KMDA., Queiroz MVO, Rodrigues DP, Silva LMSD. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*(Online). 2012.;4(3):2592-97.
19. Paiva RS, Valadares GV. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*2013; 17(2):249-55.

20. Massaroli A, Martini JG, Massaroli R. Educação Permanente para o aperfeiçoamento do Controle de Infecção Hospitalar: revisão integrativa. *Saúde & Transformação Social*.2014; 5(1): 07-15.
21. Silva BT, Santos SSC, Silva MRS, Sousa LD. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. *Rev Rene*. 2009; 10(4):118-25.
22. Freire P. Extensão ou comunicação?. Paz e Terra. São Paulo:2011.
23. Santos JLGD, Lima MADDs, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. *Acta Paul. Enferm.* [Internet], 2013. [cited 2017 mar 22]; 26(2): 136-143. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200006&script=sci_arttext&tlng=en
24. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
25. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), [Internet] 2010. [cited 2017 mar 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

5 CONCLUSÃO

Face aos resultados expostos verifica-se que a intervenção educativa realizada contribuiu para a ampliação do conhecimento e estimulou os profissionais participantes para práticas que tornem o manejo e encaminhamento de idosos com suspeita/ acometidos pelo AVC mais efetivo na UE.

Inicialmente buscou-se investigar o conhecimento e as práticas de cuidados aos idosos com suspeita e/ou acometidos pelo AVC, por profissionais de enfermagem atuantes na UE. Foi possível perceber que os profissionais da equipe de enfermagem relataram as peculiaridades da pessoa idosa, levando em consideração a evolução clínica e formas de identificação do agravo, mas, sobre o manejo nestas situações, apenas uma profissional considerou a necessidade de ações de enfermagem diferenciadas no cuidado à pessoa idosa.

Sobre o encaminhamento, estes profissionais relataram que, a despeito de entenderem as especificidades da pessoa idosa nestas condições, nem sempre conseguem realizar um encaminhamento efetivo pautado nos parâmetros clínicos. Foi apresentado que, na realidade que eles estão inseridos, presente em grande parte das emergências públicas brasileiras, a superlotação, problemas de recursos materiais e humanos interferem substancialmente neste processo de encaminhamento. Esta realidade expõe as pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, principalmente as que estão fora do tempo de janela terapêutica, a um risco iminente de prognóstico negativo.

Concluiu-se que os profissionais apresentam conhecimento básico necessário para a prática de cuidado e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, entretanto, enfrentam fatores intervenientes que dificultam a implementação e a efetividade de suas práticas de cuidado.

Posteriormente, atendendo a mais um objetivo específico, buscou-se identificar, junto à equipe de enfermagem da UE, os fatores intervenientes no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC, e planejar ações para minimização dos fatores considerados pela equipe como negativos.

Logo, foi percebido que os fatores intervenientes identificados se relacionaram, prioritariamente, com questões estruturais, políticas, recursos humanos, recursos materiais e fatores relacionais entre a equipe multiprofissional. As intervenções sugeridas, para os fatores considerados como negativos foram categorizadas em curto, médio e longo prazo. As ações a

curto prazo incorporaram, desde a propagação do conhecimento sobre a temática para outros profissionais da unidade, a orientações de saúde/doença para familiares e acompanhantes, modificações na rotina da unidade em função de uma melhor identificação, manejo e encaminhamento destas pessoas idosas.

A médio prazo, as intervenções foram pautadas prioritariamente na educação em saúde, tanto para outros participantes da equipe multiprofissional quanto para os acompanhantes, familiares e pacientes acometidos. Também a médio prazo, outras ações foram voltadas ao melhor dimensionamento de pessoal e distribuição diária do serviço por plantão; e uma ação foi voltada para a prevenção de lesão por pressão nestes idosos.

A longo prazo, os fatores intervenientes que serviram de base para formulação das intervenções, se configuram como uma realidade nacional das instituições públicas de saúde. Foi pontuado que a implementação de ações que interfiram nesta realidade envolve todo o Sistema Único de Saúde e os gestores de saúde pública brasileiros. Ainda assim, os profissionais criaram sugestões de ações a serem adotadas e algumas iniciativas locais a serem tomadas para a minimização de alguns destes problemas.

Por fim, foi buscado identificar, junto à equipe de enfermagem da UE, os impactos desta intervenção educativa em suas práticas de manejo e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita e/ou acometidas pelo AVC. Percebeu-se que a intervenção educativa contribuiu prioritariamente para a reflexão, troca de saberes e problematização dos participantes a respeito de suas práticas. Também houve pactuação com a gestão de enfermagem do HG, para que as ações continuassem a ser implementadas mesmo após o término da pesquisa.

O impacto positivo desta intervenção educativa foi percebido mediante os discursos dos profissionais participantes, ao relatarem mudanças em seu modo de perceber e cuidar destas pessoas idosas; ao referir também que já fazem o compartilhamento dos saberes trocados nas oficinas com outros profissionais, familiares e amigos; e ao pontuarem que acreditam que mudanças em seu cenário prático vão ocorrer a partir da transformação endógena que os mesmos já perceberam.

Sobre os impactos na UE, que foram apresentados através dos quadros, algumas ações foram efetivamente implementadas, mas, muitas ações planejadas apresentaram limitações para sua efetivação.

As principais limitações foram: a superlotação das unidades que dificultavam uma assistência reflexiva e de qualidade de forma igualitária; a falta de estímulo de alguns profissionais pela falta de pagamento de seus salários, o que os fazia faltar algumas oficinas e minimizava o estímulo para que pensassem e atuassem nas mudanças da UE; a disponibilidade para participação no estudo de número reduzido de profissionais atuantes na UE tendo em vista seu quantitativo geral, e o pouco tempo disponível para visualização dos resultados e acompanhamento das atividades a médio e longo prazo.

Entretanto, estas limitações não influenciaram na qualidade dos dados obtidos, na coerência dos achados com as publicações científicas sobre o assunto, tampouco na percepção da forma como a intervenção educativa exerceu impacto nos profissionais de enfermagem da UE, em sua forma de manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC.

Acredita-se que a problematização acerca dessas práticas de manejo e encaminhamento, através da autocrítica e tomada de decisão compartilhada por todos os profissionais participantes possibilitou o empoderamento e o despertar do senso de corresponsabilidade entre os envolvidos, implicando-os como protagonistas de muitas modificações acordadas, e contribuintes para a proliferação de conhecimento sobre as ações cuja modificação independe deles.

Nota-se, também, que a intervenção educativa tornou possível ao grupo a percepção dos problemas relativos ao cenário em que atuam e fragilidades em sua assistência decorrentes destes, e a busca por alternativas para equacionamento ou minimização dos problemas levantados. Ao passo que, também possibilitou aos participantes a percepção de diversos fatores positivos que se fazem aliados para sua prática assistencial. A partir do presente estudo, esperou-se também oportunizar a utilização dos conhecimentos produzidos pelos participantes, durante a realização das oficinas, em outros serviços, o que pode beneficiar um maior número de idosos.

Ademais, para o alcance de resultados mais efetivos no manejo e encaminhamento na UE de pessoas idosas com suspeita/acometidas pelo AVC, faz-se necessária a execução contínua de ações que se utilizem de metodologias participativas, envolvendo a equipe de enfermagem e outras equipes, para que evoluam através da problematização e avaliação contínua do seu processo de trabalho.

A partir do exposto, constata-se então que idosos, equipe de enfermagem e UE investigada, poderão receber importantes contribuições com as repercussões desse estudo. A UE

e os profissionais, através do fortalecimento deste grupo de enfermeiros e técnicos cientes de sua capacidade de mobilização, do desenvolvimento de novas habilidades por estes participantes e da percepção do cotidiano de trabalho como um espaço de aprendizagem; e os idosos, assim como todos os outros pacientes com suspeita/acometidos pelo AVC, com a possibilidade de práticas que contribuam para um manejo e encaminhamento mais seguros, efetivos e de qualidade, dentro das possibilidades do referido hospital, reduzindo os riscos (evitáveis) de prognóstico negativo. Estes ganhos certamente ultrapassarão o término do estudo em tela.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Y. **Demanda elevada compromete atendimento no Roberto Santos**. Tribuna da Bahia.2015. Disponível em: <<http://www.tribunadabahia.com.br/2015/03/04/demanda-elevada-compromete-atendimento-no-roberto-santos> > Acesso em 11 de nov. de 2015.
- ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. The ethical dimension of nursing care to the hospitalized elderly from the perspective of nurses. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 13, n. 1, p. 42-9, 2011.
- ALVES, M.J.; SILVA, S.P.M.; CUNHA, B.T.M. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma emergência para a enfermagem. **Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. v. 4, n. 4, p. 1-15, jan-jul, 2013.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Trad.L. Didio. Brasília: Plano, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições, v. 70, 2011.
- BORGES, M. C.L.A; PONTE, K.M.A.; QUEIROZ, M.V.O.; RODRIGUES, D.P.; SILVA, L.M.S. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, v. 4, n. 3, p. 2592-2597, 2012.
- BOTELHO, T.S.; NETO, C.D.M.; ARAÚJO, F.L.C.; ASSIS, S.C. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**. v. 16, n. 2, p. 361-77, 2016.
- BOTH, J. E.; LEITE, M.T; HILDEBRANDT, L.M; BEUTER M.; MULLER L.A; LINCK C.L. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, p. 486-495, 2014.
- BASTABLE, Susan B. **O enfermeiro como educador**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica -N14**, Prevenção de Doenças Cardiovasculares, cerebrovasculares e Renal crônica. Brasília – DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**.2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em 10 de abr. de 2017.
- _____. Ministério da Saúde (a). **Portal Brasil: Acidente Vascular Cerebral**, 2012a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em jun. de 2015.
- _____. Ministério da Saúde (b). Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012b.**Linha de cuidados em AVC**. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html>. Acesso em 11 de nov. de 2015.

_____. Ministério da Saúde (c). **Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012c**. Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em jun. de 2015.

_____. Ministério da Saúde (d). **Resolução nº 466 sobre pesquisas com Seres humanos**. 12 de dezembro de 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 10 de abr. de 2017.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf>. Acesso em 10 de abr. de 2017.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. 2006. v. 9). Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanenteSaude_V9.pdf>. Acesso em 10 de abr. de 2017.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília, DF, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em 10 de abr. de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em dez. de 2015.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB 9394/96 – CNE**, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em dez. de 2015.

_____. Senado Federal. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em dez. de 2015.

BRITO, FC de; NETTO, M. P. Urgências em geriatria. **São Paulo: Atheneu**, 2001.

BRUNI, M. L.; MAMMI, I.; UGOLINI, C.. Does the extension of primary care practice opening hours reduce the use of emergency services?. **Journal of Health Economics**, v. 50, p. 144-155, 2016.

CALDAS, C.P.; VERAS, R.P.; MOTTA, L.B.; GUERRA, A.C.L.C.; CARLOS, M.J.; TROCADO, C.V.M. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 62-9, 2015.

CAMPBELL, B.C.V.; HILL, M.D.; RUBIERA, M.; MENON, B.K.; DEMCHUK, A.; DONAN, G.S. et al. Safety and efficacy of solitaire stent thrombectomy: individual patient data meta-analysis of randomized trials. **Stroke**, v.47, n.3, p.798-806, 2016.

CAPLAN, L. R. Etiology and classification of stroke. **UpToDate. Waltham, MA: UpToDate**, 2011. Disponível em: <<http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?4/38/4704/contributors>>. Acesso em abr. de 2017.

CARPENTER, C. R.; PLATTS-MILLS, T. F. Evolving prehospital, emergency department, and “inpatient” management models for geriatric emergencies. **Clinics in geriatric medicine**, v. 29, n. 1, p. 31-47, 2013.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A.G.; PANIZ, V.M.V.; SOARES, P.C. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. Suppl 1, p. 1069-79, 2011.

CARVALHO, M. I.F.; DELFINO, J.A.S.; PEREIRA, W.M.G.; MATIAS, A.C.X.; SANTOS, E.F.S. Acidente vascular cerebral: dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2015.

CAVALCANTE, T.F.; MOREIRA, R.P.; GUEDES, N.G.; ARAÚJO, T.L.; LOPES, M.V.O.; DAMASCENO, M.M.C.; LIMA, F.E.T. Nursing interventions for stroke patients: an integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011.

CHEN, Ruo-Li; BALAMI, J.S.; ESIRI, M.M.; CHEN, L.K.; BUCHAN, A.M. Ischemic stroke in the elderly: an overview of evidence. **Nature Reviews Neurology**. v. 6, p. 256–265, 2010. Disponível em:<<http://www.cardi.ie/userfiles/Ischemic%20stroke%20in%20the%20elderly.pdf>>. Acesso em 10 de abr. de 2017.

CLAIRE, L, BENSENINE E, DURIER J, DAUBAIL B, GIROUD M, QUANTIN C. Hospitalization within the first year after stroke: The Dijon stroke registry. **Stroke**. v.46, p.190-196, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Conselho Federal de Enfermagem 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em dez. de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da Enfermagem no Brasil**. Brasília: COFEN; 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em jan. de 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

COMMITTEE ON THE FUTURE OF EMERGENCY CARE IN THE UNITED STATES HEALTH SYSTEM. Hospital-based emergency care: at the breaking point. **Washington DC: National Academies Press, 2007**.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DA SILVA, B. T.; SANTOS, S.S.C.; SILVA, M.R.S.; SOUZA, L.D. Perception of the elderly on the institutionalization: reflection on nursing care. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 10, n. 4, 2016.

DE ALMEIDA, A.B.A.; AGUIAR, M.G.G. A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 42-9, 2011.

DE TOLEDO, R. F.; JACOBI, P. R. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. **Educação & Sociedade**, v. 34, n. 122, p. 155-173, 2013.

DIVANI, A. A.; MAJIDI, S.; BARRET, A.M.; NOORBALOCHI, S.; LUFT, A.R. Consequences of Stroke in Community-Dwelling Elderly. **Stroke**, v. 42, n. 7, p. 1821-1825, 2011.

DOLTON, P.; PATHANIA, V. Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. **Journal of Health Economics**, v. 49, p. 193-208, 2016.

DOS SANTOS, E.G.; RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S.; PONTES-NETO, O.M. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015.

ENGELHARDT, E.; TOCQUER, C.; ANDRÉ, C.; MOREIRA, D.M.; OKAMOTO, I.H.; CAVALCANTI, J.L.S. Demência vascular. Critérios diagnósticos e exames complementares. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n. 1, p. 49-77, 2011.

- FAGUNDES, N.C.; et.al. Continuing professional development in health for working nurses. **Rev. enferm. UERJ**. v.24, n.1, e11349, 2016. Disponível em: <<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuertj/article/view/11349>>. Acesso em: 29 Jun. 2017>. Acesso em 29 de jun. de 2017.
- FEIGIN, V.L. et al. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 383, n. 9913, p.218, 2014.
- FERNANDES, R.T.P.; COELHO, M.J. Superlotação de emergências: um novo cenário para o cuidar/cuidado em enfermagem. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 2, n. 1, p. 19-23, 2013.
- FRAGA, M.M. **As implicações da superlotação do Serviço de Emergência no trabalho do técnico de enfermagem**. 2013. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-25624>>. Acesso em 10 de abr.2017.
- FRANCO, M.A.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 29^a ed. Rio de Janeiro: **Editora Paz e Terra**, 1999.
- FREIRE, P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: **Editora Paz e Terra**, 2001.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: **Editora Paz e Terra**, 2011.
- FREIRE, P. Extensão ou comunicação? **Editora Paz e Terra**, 2014.
- GARRITANO, C.R.; LUZ, P.M.; PIRES, M.L.E.; BARBOSA, M.T.S.; BATISTA, K.M. Analysis of the mortality trend due to cerebrovascular accident in Brazil in the XXI century. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 98, n. 6, p. 519-527, 2012.
- GOMES, S.R.; SENNA, M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. **Cogitare enfermagem**, p. 220-226, 2008.
- GOYAL, M. et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. **Lancet**, v.387, n.10029, p.1723-31, 2016.
- GRUNEIR, A.; SILVER, M.J.; ROCHON, P. A. Review: Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. **Medical Care Research and Review**, v. 68, n. 2, p. 131-155, 2011.
- HIRSHON, J.M.; RISKON, N.; CALVELLO, E.J.; RAMIREZ, S.S.; NARAYAN, M.; THEODOSIS, E.; O'NEIL, J. Health systems and services: the role of acute care. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 5, p. 386-388, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível

em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em março de 2017.

JESUS, M.C.P.; FIGUEIREDO, M.A.G.; SANTOS, S.M.R.; AMARAL, A.M.M.; ROCHA, L.O.; THOLLENT M.J.M. Permanent education in nursing in a university hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011.

LAINAY, C.; BENZENINI, E.; DURIER, J.; DAUBAIL, B.; GIROUD, M.; QUANTIN, C.; BEJOT, Y. Hospitalization Within the First Year After Stroke. **Stroke**, v. 46, n. 1, p. 190-196, 2015.

LEVER, N. M.; NYSTROM, K.V.; SHINDLER, J.L.; HALLINDAY, J.; WIRA, C.; FUNK, M. Missed opportunities for recognition of ischemic stroke in the emergency department. **Journal of emergency nursing**, v. 39, n. 5, p. 434-439, 2013.

LIBERMAN, A; et.al. **Cardiologia geriátrica**. 1ª ed., Barueri: SP, Manole, 2005.

LEWANDOWSKI, C.; BARSAN, W.. Treatment of acute ischemic stroke. **Annals of emergency medicine**, v. 37, n. 2, p. 202-216, 2001.

LIMA, A.C.M.A.; SILVA, A.L.; GUERRA, D.R.; BARBOSA, I.S.; BEZERRA, K.C.; ORÍÁ, M.O.B. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 785-792, 2016.

LIMA, V.X.; DE BRITO, M.E.M. Percepções da equipe de enfermagem acerca da prática da educação em saúde em um centro de tratamento de queimados. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 2, p. 110-5, 2016.

MACEDO, R. S. Compreender/mediar a formação: o fundante da educação. Brasília, DF: **Liber Livros**, 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. Fundamentos de metodologia científica. In: **Fundamentos de metodologia científica**. Atlas, 2010.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Systematization of nursing care in urgency and emergency services: feasibility of implementation. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 364-371, 2006.

MARTINS, S.C.O., et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 70, n. 11, p. 885-893, 2012.

MASSAROLI, A.; MARTINI, J. G.; MASSAROLI, R. Educação Permanente para o aperfeiçoamento do Controle de Infecção Hospitalar: revisão integrativa. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 1, p. 07-15, 2014.

MATOS J.J.F.C. et al. Perfil de gravidade dos pacientes admitidos em uma unidade de acidente vascular cerebral (AVC) na cidade de Fortaleza (CE): uma análise com base na escala do NIHSS. Unichristus, Fortaleza, CE. In: Congresso brasileiro de doenças cerebrovasculares, nov. de 2013. **Anais de epidemiologia**. Fortaleza, CE. Brasil.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.

MENEGON, D.B.; BERCINI, R.R.; SANTOS, C.T.; LUCENA, A.F.; PEREIRA, A.G.S.; SCAIN, S.F. Braden subscales analysis as indicative of risk for pressure ulcer. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 854-861, 2012.

MENEZES, A.G.; LEZANA, A.G.R.; RONCONI, L.F.A.; MENEZES, E.C.O.; MELO, E. N. A pesquisa-ação como estratégia de avaliação da inovação social: estudo de uma entidade educacional do município de Florianópolis. **Navus: Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 6, n. 2, p. 93-105, 2016.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo. 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília (DF): MS, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf> Acesso em: 11. abr. 2017.

_____. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília (DF): MS, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em: 11. abr. 2017.

_____. **Portaria nº. 354 de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência"**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html> Acesso em: 11. abr. 2017.

_____. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais da saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf> Acesso em: 11. abr. 2017

_____. **Morbidade hospitalar por local de internação**. DataSUS 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/Saude_cnv/niuf.def> Acesso em: 11. abr. 2017

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências**, 2006. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>
Acesso em: 11. abr. 2017.

_____. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS)**,2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em:
11. abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)a. **Acidente Vascular Cerebral (AVC) 2012**. <
<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>> Acesso em: 11 de
abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)b. **Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html> Acesso em: 11. abr. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR)c. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012.Linha de cuidados em AVC. 2012**. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html> Acesso em: 11. abr. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em:
11 de abr. 2017.

_____. **Diretrizes de reabilitação à pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf> Acesso em: 11 abr. 2017.

NUNES, S. F. L. A educação permanente no serviço de enfermagem em emergência. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 84-92, 2014.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

OLIVEIRA, S. N.; RAMOS, B.J.; PIAZZA,M.; PRADO, M.L.; REIBNITZ,K.S.; SOUZA, A.C. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 238-244, 2015.

PAIVA, R.S.; VALADARES, G.V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.17, n.2, p. 249-255, 2013.

PASCHOAL, A.S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal.** 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16973&indexSearch=ID>>. Acesso em 10 de abr. de 2017.

PAVIANI, N.M.S.; FONTANA, N.M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 14, n. 2, p. 77-88, 2009.

PEREIRA, A.B.C.N.; ALVARENGA, H.; PEREIRA-JUNIOR, R.S.P.; BARBOSA, M.T.S. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1929-1936, 2009.

PONTES-NETO, O. M. et al. Brazilian guidelines for endovascular treatment of patients with acute ischemic stroke. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 50-56, jan. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2017000100050&lng=p&t&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2017.

POPE, C.; MAYS, N.. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Artmed Editora, 2009.

POWERS, W.J. et al. 2015 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment. **Stroke**, v.48, n.4, 2015. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/early/2015/06/26/STR.0000000000000074>>. Acesso em 11 de abr. de 2017.

RENNA, R.; PILATO, F.; PROFICE, P.; DELLA MARCA, G.; BROCOLLINI, A.; MOROSETTI, R.; FRISULO, G.; ROSSI, E.; DE STEFANO, V.; DI LAZZARO, V. Risk factor and etiology analysis of ischemic stroke in young adult patients. **Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases**, v. 23, p. 221-227, 2014.

RICHARDSON, R.J. **Como fazer pesquisa-ação?** Disponível em: <http://ieeab.weebly.com/uploads/4/3/8/3/43832727/richardson_como_fazer_pesquisa_acao.pdf>. Acesso em 15 de dez. de 2015.

ROECKER, S.; SILVA, M. S. Educação em saúde: Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 29, n. 3, p. 381-390, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de jun. de 2017.

ROLINDO, S. J. S.; OLIVEIRA, L. T. Acidente Vascular Cerebral isquêmico: revisão sistemática dos aspectos atuais do tratamento na fase aguda. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 3, n. 3, p. 18-26, 2016.

ROLIM, C.L.R.C; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.27, n.11, p.2106-2116, 2011.

ROSSAINES, M.A., et al. User Embracement With Risk Evaluation and Classification in Public Mid-Sized Hospital and the Responsibility of Primary Care. **Journal of Health Sciences**, 2011. Disponível em:

<<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1191/1144>>
Acesso em: 11. abr. 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

SANTOS, S, S. C. et al. The teaching about the care of the elderly in nursing training: the situation in Portugal. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 14, n. 4, 2013.

SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F. L. Indicators for the measurement of emergency nursing personnel. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 971-979, 2013.

SESAB. **UPA24H do Cabula e novo ambulatório do Hospital Roberto Santos**. 2014. Disponível

em:<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8475:upa-24h-do-cabula-e-novo-ambulatorio-do-hospital-roberto-santos-sao-entregues-a-populacao&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso: 10 out. 2015.

SESAB. **Hospital Roberto Santos promove Simpósio Multiprofissional de AVC**. 2016. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=7351:-hospital-roberto-santos-promove-simposio-multiprofissional-de-avc-&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 11. abr. 2017.

SILVA, R.C.A.; MONTEIRO, G.L.; SANTOS, A.G. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 13, n. 45, p. 114-120, 2015.

SIMONE, C.A; et al. Exercising leadership of nurses in the urgent and emergency service. **Revista Eletrônica de Gestão & Saúde**, 2016; 7(1): 38-51.

SOARES, J.; DE VARGAS, D.; DE SOUZA, F.M.L.O. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1172-1179, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. **Acidente Vascular Cerebral**, [201-?]. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em nov. de 2015.

SOUZA, R.C.S.; ARCURI, E.A.M. Communication Strategies of the nursing team in the aphasia after cerebrovascular accident. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 292-298, 2014.

STEFANELLI, M.C. **Conceitos teóricos sobre comunicação: a comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2ª Ed. Barueri: Manole, 2012.

SUSMAN, G. I.; EVERED, R.D. An assessment of the scientific merits of action research. **Administrative science quarterly**, v.23, n.4, p. 582-603, 1978.

THAUMATURGO, T. et al. Trombolização na fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista Uniplac**, v.4, n. 1, 2016.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. **Metodologia da pesquisa-ação**. Cortez, 2011.

VIEIRA, C.P.B.; FIALHO, A.V.M.; ALMEIDA, P. C.; MOREIRA, T.M.M. Elderly with ischemic stroke: social-demographic and functional characterization. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 13, n. 3, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The WHO stepwise approach to stroke surveillance. Overview and Manual** (version2.0). Noncommunicable Diseases and Mental Health.. Disponível em: <
http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_stroke_manual_v1.2.pdf>. Acesso: abr. 2017.

APÊNDICE A – CARTA- CONVITE

CARTA-CONVITE

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação e reflexão.”

Paulo Freire

Prezada (o),

Vimos através desta, convidá-lo a participar dos estudos: “Manejo e encaminhamento, na emergência, do idoso com acidente cerebrovascular: intervenção com a equipe de enfermagem”. Trata-se de um projeto de mestrado, extensão do Projeto matriz Acolhimento e Cuidado na Unidade de Emergência, desenvolvido pelo PET Redes de Atenção na Urgência e Emergência, que aconteceu na Unidade de Emergência (UE) deste hospital entre 2013 e 2015. A pesquisa objetiva realizar uma intervenção educativa junto à equipe de enfermagem da UE, visando a ampliação do conhecimento sobre o AVC, e a construção coletiva de propostas de intervenção que contribuam para boas práticas na atenção à pessoa idosa com este agravo.

Quem poderá participar desta pesquisa?

Os sujeitos desta pesquisa serão os Enfermeiros e Técnicos de enfermagem atuantes na Unidade de Emergência(UE). Informamos que outras classes de profissionais serão bem vindas a contribuir com nossos momentos de discussão.

Como você contribuirá com este estudo?

Este estudo é uma pesquisa-ação; então iremos nos reunir através de oficinas pedagógicas dinâmicas e interativas, onde você possa se expressar livremente sinalizando o que entende dos assuntos abordados e quais são os fatores que influenciam no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC na UE. Construiremos juntos, então, propostas que visem melhorar ou minimizar os problemas expostos por vocês e compartilharemos conhecimentos.

Quanto tempo durará este estudo?

A proposta é que três oficinas ocorram no mês de Maio de 2016, e após 2 meses haverá um encontro de avaliação das intervenções em Julho de 2016. Estes encontros serão no auditório 122 do prédio Anexo do HG, das 15:00h às 17:00h, finalizando com um delicioso *coffe-break*. Contudo, caso haja alterações nos meses e horários, vocês serão informados previamente, via endereço eletrônico (e-mail) ou telefone.

Se você não puder participar de alguma reunião, poderá participar das próximas?

Sim! Sua participação em todas é muito importante, entretanto, se algum motivo impossibilite sua presença, teremos o prazer de te recebê-la (o) nas demais reuniões. Também, estaremos sempre te enviando um relatório- síntese de todas as atividades executadas nas reuniões via endereço eletrônico.

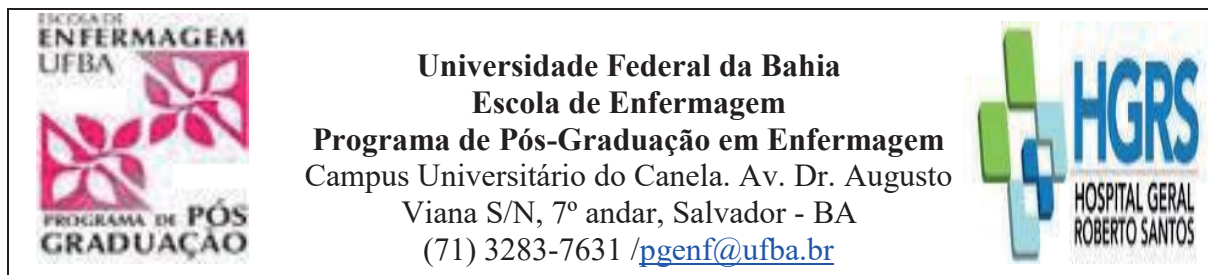
Que benefícios este estudo pode trazer?

Para as pessoas idosas com suspeita de AVC: este estudo contribuirá para um cuidado diferenciado, com melhorias na detecção precoce e manejo clínico dos sinais e sintomas de AVC. Para os profissionais: haverá ampliação dos conhecimentos sobre o AVC em pessoas idosas, suporte para um atendimento mais rápido e direcionamento eficaz. Outro benefício será a liberdade de expressarem livremente o que pensam sobre os fatores que facilitam ou dificultam este cuidado na UE. Para a Unidade: profissionais empenhados em melhorar/modificar a realidade existente, melhorando também a dinâmica do trabalho.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE PARA CONTRIBUIR COM IDÉIAS E SUGESTÕES QUE AUXILIEM EM BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO COM AVC NESTA UNIDADE DE EMERGÊNCIA!

FAÇA PARTE DESTA HISTÓRIA!

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”. Mahatma Gandhi



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto
 Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA
 (71) 3283-7631 / pgenf@ufba.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

Pesquisadora Responsável: Luna Vitória Cajé Moura

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do Estudo

Estabelecer, junto à equipe de enfermagem, práticas que tornem o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita ou acometidas pelo AVC mais efetivo na UE.

Duração do Estudo

A duração total do estudo é de 01 ano. A sua participação no estudo será de aproximadamente 06 meses.



Descrição do Estudo

Participarão do estudo aproximadamente 20 indivíduos.

Este estudo será realizado na Unidade de Emergência e Unidade de AVC do Hospital Geral Roberto Santos.

O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) a participar do estudo porque pertence ao quadro de enfermeiros(as), auxiliares ou técnicos(as) de enfermagem dessa UTI.

O (a) Senhor (a) não poderá participar do estudo se estiver afastado(a) do trabalho durante todo o período da pesquisa.

 <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM UFBA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO</p>	<p>Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA (71) 3283-7631 / pgenf@ufba.br</p>	 <p>HGRS HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS</p>
--	---	---

Procedimento do Estudo

Após entender e concordar em participar, serão realizados 04 encontros com a pesquisadora.

Na primeira oficina pedagógica será apresentada a vocês esta pesquisa-ação e seus objetivos e fases. Ainda nesta oficina serão efetuadas perguntas sobre como é o percurso percorrido pelos idosos com suspeita de AVC na Unidade de Emergência do HG, até seu desfecho clínico. Após esse momento, a pesquisadora irá apresentar evidências científicas breves sobre o Acidente Vascular Cerebral e suas repercussões na pessoa idosa. Em seguida, o grupo irá iniciar a criação de um plano de intervenção para práticas e encaminhamentos que considerem passíveis de modificação na UE, junto à pesquisadora.

Na segunda e terceira oficinas serão expostas as atuais evidências científicas sobre o AVC na pessoa idosa, manejo e encaminhamento eficaz destes pacientes; para embasar a nossa discussão sobre a temática e para que vocês possam traçar os planos com as ações apropriadas para a resolução dos problemas identificados.



Na última oficina pedagógica será realizada a avaliação da pesquisa e das mudanças ocorridas na Unidade de Emergência com relação ao manejo e encaminhamento de idoso com suspeita de AVC (ou já acometidos), sob a perspectiva do(a) enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem participantes, após a implementação dos planos de ação.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto

Você, ao participar das oficinas pedagógicas, poderá apresentar desconforto ao compartilhar as situações que vivencia na Unidade de Emergência e as dificuldades enfrentadas no manejo de idosos com suspeita de AVC (ou já acometidos).

Benefícios para o participante

Trata-se de um estudo sobre os caminhos percorridos pela pessoa idosa com suspeita de AVC (ou confirmação) na Unidade de Emergência, testando o pressuposto de que a elaboração e execução conjunta (pesquisadora e equipe de enfermagem) de estratégias para direcionamento da assistência de enfermagem com base nas evidências científicas, na experiência prática e conhecimento da dinâmica da unidade pelo(a) enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem, irão contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido.

	<p style="text-align: center;">Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA (71) 3283-7631 / pgenf@ufba.br</p>	
---	---	---

Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Porém, os resultados obtidos com esta pesquisa poderão transformar o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com AVC na UE. Deste modo, acreditamos que com práticas baseadas em evidências e pensamento crítico grupal estes pacientes se beneficiem de um atendimento mais ágil, competente e eficaz; o que contribui para minimização das sequelas provenientes do AVC.

Compensação

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária. A não participação no estudo não implicará em nenhum prejuízo na sua atividade profissional na instituição. Caso concorde em participar da pesquisa, você receberá duas vias, de igual teor, desse documento, rubricando todas as páginas dessas duas vias e assinando as duas vias na última página, no local indicado. Uma dessas vias ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à sua pessoa.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) Termo de Consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Utilização de Registros e Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão analisadas em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade do(a) enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem a todo o



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto
 Viana S/N, 7º andar, Salvador - BA
 (71) 3283-7631 / pgenf@ufba.br



momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei.

Os registros das oficinas pedagógicas que trazem a sua identificação e esse termo de consentimento assinado poderão ser inspecionados por agências reguladoras e pelo CEP.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo são Luna Vitória Cajé Moura e Larissa Chaves Pedreira, que poderão ser encontradas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, localizada atrás do Hospital Universitário Professor Edgar Santos ou nos respectivos telefones: (71)92899031 e (71)9971-8301. Caso deseje entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa que autorizou a realização desse estudo, este fica localizado na Escola de Enfermagem da UFBA; telefone: (71)3283-7615.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado “Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem”.

Li e entendi o documento de Consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Eu autorizo a utilização dos meus registros pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Data

Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data



APÊNDICE C – Instrumento para caracterização das participantes do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Prezada profissional,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre “A Pessoa Idosa com suspeita de Acidente Vascular Cerebral : manejo e encaminhamento na Unidade de Emergência” e solicitamos que as perguntas abaixo sejam respondidas. Todas as informações fornecidas serão tratadas com sigilo.

01. Nome atribuído a você no crachá das oficinas (ex.: Enf1,Enf2,Tec.enf1.Tec.enf2...) :

02. Sexo: () Feminino () Masculino

03. Idade: _____

04. Formação: () Enfermeira(o) () Técnica(o) de Enfermagem

05. Ano de conclusão do curso técnico ou superior:

06. Especialização em Emergência:() Sim () Não

07. Mestrado:() Sim () Não () Em andamento

08. Doutorado:() Sim () Não () Em andamento

09. Tempo de assistência em Emergência:

10. Participação em eventos que abordaram a temática “Acidente Vascular Cerebral”: ()
 Sim () Não

11. Leituras (artigos, livros, reportagens) sobre a temática AVC: () Sim () Não

12. Leituras (artigos, livros, reportagens) sobre sequelas do AVC no idoso: () Sim () Não

Unidade que trabalha –

E-mail –

Telefone -



APÊNDICE D –ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO EM CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

DATA DA VISITA: _____

DURAÇÃO DA VISITA: _____ LOCAIS OBSERVADOS: _____

Quantos enfermeiros no plantão() Quantos técnicos de enfermagem no plantão()

FATORES A OBSERVAR:

-Nas salas da emergência, com exceção da U-AVC, existe algum idoso internado com suspeita de AVC?

() NÃO () SIM, quantas? _____

-Durante o dia de hoje (antes ou no momento da visita) houve admissão de alguma pessoa idosa com suspeita de AVC?

() NÃO () SIM, quantas? _____

DURANTE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA COM SUSPEITA DE AVC:

PRIMEIROS 10 MINUTOS	PRIMEIROS 30 MINUTOS	PRIMEIROS 60 MINUTOS
-Equipe de AVC foi acionada?	-Neurologista confirmou ou descartou hipótese de AVC?	Se confirmado AVC:
-NIHSS foi aplicada?	-O início dos sinais e sintomas foi revisado?	-Hemorrágico: iniciado protocolo de hemorragia cerebral?
-Encaminhado(a) à TC de crânio?	-NIHSS realizado novamente?	-Isquêmico: Trombolisou ou foi administrado AAS 100mg?

Fonte: Questões baseadas no fluxograma de Atendimento ao Acidente Vascular Cerebral Agudo. Brasil, 2013.



APÊNDICE E – Roteiro de questões norteadoras da primeira oficina pedagógica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS - PRIMEIRA OFICINA PEDAGÓGICA

TEMA: Entendendo o manejo e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC dentro da UE, após o acolhimento.

01. O que vocês sabem sobre sinais e sintomas de AVC?

02. Você acredita que existem diferenças na identificação, no manejo e nos desfechos clínicos do AVC em pessoas jovens com relação às idosas? Se sim, quais diferenças?

- 03 O que você faz após receber em sua unidade uma pessoa idosa com suspeita de AVC?

04. O que você faz após suspeitar que uma pessoa idosa está sofrendo, ou sofreu AVC na UE?

05. Quais os principais cuidados que a equipe de enfermagem deve ter quando estão com um paciente idoso com suspeita de AVC?



APÊNDICE F – Roteiro de questões norteadoras da segunda oficina pedagógica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS- SEGUNDA OFICINA PEDAGÓGICA

TEMA: Levantando facilidades e dificuldades para o manejo e encaminhamento, na UE, de pessoas idosas com suspeita de AVC.

01. Como você entende, que ocorre o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC nesta UE?
02. Explique detalhadamente os caminhos percorridos pela pessoa idosa com suspeita de AVC, após passar pelo Acolhimento com Classificação de Risco, até seu desfecho clínico nesta UE.
03. Em sua opinião, qual a importância da equipe de enfermagem na detecção precoce, monitorização e encaminhamento da pessoa idosa com suspeita de AVC aqui na UE?
04. Existe algum aspecto na detecção dos sinais e sintomas de AVC, monitorização e encaminhamento destas pessoas idosas, que você possui dúvidas? Qual?
05. Quais são os fatores, que você entende contribuir negativamente nesta UE, para o manejo de pessoas idosas com suspeita de AVC?
06. Quais são os fatores, que você entende contribuir negativamente nesta UE, para o encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC?
07. Quais são os fatores, que você entende contribuir positivamente nesta UE, para o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC?

APÊNDICE G – Roteiro de questões norteadoras da terceira oficina pedagógica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS- TERCEIRA OFICINAPEDAGÓGICA

TEMA: Planejando intervenções em práticas que tornem o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC mais efetivo na UE.

- 01.O que você acha que poderia ser feito para melhorar o manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC nesta UE?

- 02.Como, e por quem estas ações podem ser planejadas e executadas?

03. Como você, profissional da UE pode ajudar na execução destas atividades?

APÊNDICE H – Roteiro de questões norteadoras da quarta oficina pedagógica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS-QUARTA OFICINA PEDAGÓGICA**TEMA: Avaliando os resultados da intervenção**

01. A pesquisa trouxe alguma contribuição para você? Se sim, qual (quais)?

02. A pesquisa ocasionou melhorias nos fatores que interferiam/ interferem no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita AVC na unidade de emergência? Quais?

03. Todas as ações programadas foram efetivamente implementadas? Caso negativo, expliquem os motivos.

APÊNDICE I – Roteiro para avaliação de cada oficina pedagógica

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISA: Manejo e encaminhamento do idoso com acidente cerebrovascular na
emergência: oficinas com a equipe de enfermagem

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA OFICINA PEDAGÓGICA

01. Os objetivos da oficina foram alcançados?

02. O conteúdo exposto, a organização da oficina e os recursos utilizados foram adequados?

03. Vocês apresentam alguma sugestão para a condução da próxima oficina?

APÊNDICE J

Roteiro de atividades- oficina teste e segunda oficina

OFICINA 1 (17/05 e 31-05 repetição): ENTENDENDO O MANEJO E ENCAMINHAMENTO DA PESSOA IDOSA COM SUSPEITA DE AVC NA UE, APÓS O ACCR

- Boas vindas, entrega de cartõezinhos e crachás, Assinatura de lista de frequência, recebimento da ficha de caracterização dos participantes e do termo de consentimento (Ana Raquel e Dandara- 30 minutos (14:00-14:30))
- Vídeo de abertura (5min (14:30-14:35))
- Dinâmica de grupo (10 min (14:35-14:45))
- Apresentação dos “encontros” e regras de participação, recebimento das fichas de caracterização e dos termos assinados (Luna Moura e Isaías- 15 min (14:45- 15:00))
- **Apresentação de estudo de caso e perguntas norteadoras** (30 min (15:00-15:30))
 - Moderadora: Luna Moura
 - Observadora e anotações de tempos das falas: Isaías
 - Gravadora: Nildete Gomes
- Momento Mãos à obra e **passagem da “caixinha de perguntas”** (20 min (15:30-15:50))
 - Em papel metro escrito de um canto “Manejo” e no outro canto “Encaminhamento”, a sala se dividirá em 2 grupos, cada um irá preencher o papel metro com as ações de enfermagem que eles desempenham no manejo, e o outro lado como a enfermagem encaminha o paciente, depois de 10 minutos os grupos trocam de lado e complementam o que o outro grupo escreveu.
- Breve exposição dialogada sobre como identificar o AVC na pessoa idosa, e como deve ser o manejo e encaminhamento destas pessoas de acordo com Consensos e Manuais do MS, dando abertura à fala da Médica. (10 min (15:50-16:00))
- Momento de perguntas e respostas com Neurologistas (20 min (16:00-16:20))
 - Médica convidada: Residente de neurologia- Leila Silva Almeida
 - Como perceber os sinais e sintomas de AVC?
 - Como avaliar um paciente com suspeita de AVC?
 - A pessoa mais idosa tem diferenças nos danos e prognóstico pós AVC, com relação aos mais jovens?**

-O tempo de início do manejo e encaminhamento dessa pessoa idosa pode influenciar em seu desfecho clínico? Porque?

* Intercalar com perguntas dos profissionais de enfermagem

- Entrega de declaração à palestrante, de ficha de avaliação da oficina aos profissionais, frase de impacto para reflexão de encerramento, convite para comparecerem ao próximo encontro, Coffee-break (25 min (16:20- 16:45))

Pessoas envolvidas na organização da Oficina:

Luna Moura-Moderadora Principal

Isaías- Observador e anota os tempos das falas

Nildete- Gravadora

Dandara e Ana Raquel- Distribuem materiais e recolhem. Arrumam coffee-break

Laíres- Cronometra o tempo das atividades e sinaliza com plaquinhas quanto tempo ainda temos para finalizar cada atividade.

Materiais necessários na oficina:

Crachás

Cartões de boas-vindas com Balas

Termos de consentimento

Fichas de caracterização do participante

Folha de avaliação final da oficina

Folhas de Ofício

Canetas

Pilotos

Folha de Papel Metro escrito: Manejo x Encaminhamento

Coffee-break

Toalha de mesa

Copos, guardanapos, pratos e talheres plásticos

Caixa de Som

MP3+ celular para gravação

Caixinha de perguntas

APÊNDICE K

Roteiro de atividades- terceira oficina

OFICINA (08/06/16): LEVANTANDO AS FACILIDADES E DIFICULDADES PARA MANEJO E ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS IDOSAS COM SUSPEITA DE AVC NA UE, APÓS ACCR

- Boas vindas, entrega de cartõezinhos e crachás, Assinatura de lista de frequência, recebimento da ficha de caracterização dos participantes e do termo de consentimento (Ana Raquel e Dandara- 30 minutos (14:00-14:30))
- Dinâmica de grupo (10 min (14:30-14:40))
- Apresentação da síntese do encontro anterior, recebimento das fichas de caracterização e dos termos assinados (Luna Moura e Laíres- 15 min (14:40- 14:55))
- **Apresentação de estudo de caso e perguntas norteadoras** (30 min (14:55-15:20))
 - Moderadora: Luna Moura
 - Observadora e anotações de tempos das falas: Alice Andrade
 - Gravadora: Nildete Gomes
- Momento Mãos à obra e **passagem da “caixinha de perguntas”**(20 min (15:20-15:40))
 - Recebem folha de ofício, a dividem no meio, e em um pedaço escrevem todos os “fatores que ajudam” e em outra os “fatores que atrapalham” o manejo e encaminhamento das pessoas idosas com suspeita de AVC na UE. Depositam essas respostas no mural de papel metro com dois envelopes escritos: “Ajudam X Atrapalham” (ler alguns aleatórios em voz alta depois que eles colocam)
- Breve exposição dialogada sobre fatores que podem influenciar no manejo e no encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC em uma UE, dando abertura para as falas da Médica. (20 min (15:40-16:00))
- Momento de perguntas e respostas com Neurologistas (20 min (16:00-16:20))
 - Médica convidada: Neurologista- Alice Silva de Oliveira
 - Como avaliar um paciente com suspeita de AVC?
 - A pessoa mais idosa tem diferenças nos danos e prognóstico pós AVC, com relação aos mais jovens?
 - Quais as complicações que podem estar associadas ao manejo e encaminhamento inadequado da pessoa idosa com suspeita de AVC?

-Com sua experiência na UE deste hospital, quais são os fatores que você percebe contribuir positivamente e negativamente para este manejo e encaminhamento adequado?

* Intercalar com perguntas dos profissionais de enfermagem

- Entrega de declaração à palestrante, de ficha de avaliação da oficina aos profissionais, frase de impacto para reflexão de encerramento, convite para comparecerem ao próximo encontro, Coffee-break (25 min (16:20- 16:45)

Pessoas envolvidas na organização da Oficina:

Luna Moura-Moderadora Principal

Alice- Observadora e anota os tempos das falas

Nildete- Gravadora

Dandara e Ana Raquel- Distribuem materiais e recolhem. Arrumam coffee-break

Isaiás- Cronometra o tempo das atividades e sinaliza com plaquinhas quanto tempo ainda temos para finalizar cada atividade.

Láiris- Suporte à moderadora principal, distribuindo canetas, papéis, a caixinha de perguntas.

Materiais necessários na oficina:

Crachás

Cartões de boas-vindas com Balas

Termos de consentimento

Fichas de caracterização do participante

Folha de avaliação final da oficina

Folhas de Ofício

Canetas

Pilotos

Folha de Papel Metro com dois envelopes: Fatores que ajudam x Fatores que atrapalham

Coffee-break

Toalha de mesa

Copos, guardanapos, pratos e talheres plásticos

Caixa de Som

MP3+ celular para gravação

Caixinha de perguntas

APÊNDICE L

Roteiro de atividades- quarta oficina

OFICINA (05-07): PLANEJANDO INTERVENÇÕES E PRÁTICAS QUE TORNEM O MANEJO E ENCAMINHAMENTO DE PESSOAS IDOSAS COM AVC MAIS EFETIVO NA UE, APÓS O ACCR

- Boas vindas, entrega de cartõezinhos e crachás, Assinatura de lista de frequência, recebimento da ficha de caracterização dos participantes e do termo de consentimento (Ana Raquel e Dandara- 15 minutos (14:00-14:15))
- Dinâmica de grupo (05 min (14:15-14:20)) (Alongamento com Nildete)
- Apresentação da síntese dos encontros anteriores, recebimento das fichas de caracterização e dos termos assinados (Luna Moura e Isaías- 10 min (14:20- 14:30))
- **Apresentação de estudo de caso e perguntas norteadoras (30 min (14:30-15:00))**
 - -Moderadora: Luna Moura
 - -Observadora e anotações de tempos das falas: Alice Andrade
 - -Gravadora: Nildete Gomes
- Momento Mãos à obra e **passagem da “caixinha de perguntas”** (30 min (15:00-15:30))
 - **-Criação de quadros**, em cartolina, de **intervenções** para melhorar os fatores negativos e potencializar os positivos do manejo e encaminhamento de idosos com suspeita de AVC na UE. Nestes quadros devem conter: o problema, intervenção, responsáveis por colocá-la em prática, se poderia ser realizada a curto ou longo prazo. A sala será dividida em grupos de 4 pessoas (nº de grupos depende de quantos forem no dia) e cada grupo produzirá seu quadro.
- Discussão sobre intervenções dos grupos e responsáveis por execução. Breve exposição dialogada sobre como a equipe de enfermagem pode atuar e influenciar em boas práticas para manejo e encaminhamento de pessoas com AVC na UE, dando abertura à fala da médica. (25 min (15:30-15:55))
- Momento de perguntas e respostas com Neurologistas (20 min (15:55-16:15))

Médica convidada: Residente de neurologia- Caroline Ciriaco Cerqueira Cunha

 - Como avaliar um paciente idoso com suspeita de AVC?
 - A pessoa mais idosa tem diferenças nos danos e prognóstico pós AVC, com relação aos mais jovens?**
 - Quais as complicações que podem estar associadas ao manejo e encaminhamento inadequados da pessoa idosa com suspeita de AVC?

-Que atividades ou atitudes na UE você considera que ajudariam no manejo e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de AVC?

* Intercalar com perguntas dos profissionais de enfermagem

- Entrega de declaração à palestrante, de ficha de avaliação da oficina aos profissionais, frase de impacto para reflexão de encerramento, convite para comparecerem ao próximo encontro, Coffe-break (25 min (16:15- 16:40)

➤ **Pessoas envolvidas na organização da Oficina:**

Luna Moura-Moderadora Principal

Alice- Observadora e anota os tempos das falas

Nildete- Gravadora

Dandara e Ana Raquel- Distribuem materiais e recolhem. Arrumam coffee-break

Isaías- Cronometra o tempo das atividades e sinaliza com plaquinhas quanto tempo ainda temos para finalizar cada atividade.

Láiris- Suporte à moderadora principal, distribuindo canetas, papéis, a caixinha de perguntas.

➤ **Materiais necessários na oficina:**

Crachás

Cartões de boas-vindas com Balas

Termos de consentimento

Fichas de caracterização do participante

Folha de avaliação final da oficina

Folhas de Ofício

Canetas

Pilotos

5 Cartolinas Brancas

Coffee-break

Toalha de mesa

Copos, guardanapos, pratos e talheres plásticos

Caixa de Som

MP3+ celular para gravação

Caixinha de perguntas

APÊNDICE M
Roteiro de atividades- quinta oficina

OFICINA 4(02-08): AVALIANDO OS RESULTADOS DAS OFICINAS E INTERVENÇÕES

- Boas vindas, entrega de cartõezinhos e crachás, Assinatura de lista de frequência, recebimento da ficha de caracterização dos participantes e do termo de consentimento (Ana Raquel e Dandara- 30 minutos (14:00-14:30))
- **Vídeo de abertura** (5min (14:30-14:35))
- **Dinâmica de grupo** (10 min (14:35-14:45))
- Recebimento das fichas de caracterização e dos termos assinados (Luna Moura e Isaías- 15 min (14:45- 15:00))
- **Apresentação de perguntas norteadoras para avaliação até a 4ª** (50 min (15:00-15:50))
 - Moderadora: Luna Moura
 - Observadora e anotações de tempos das falas: Alice Andrade
 - Gravadora: Nildete Gomes
- Apresentação do quadro de intervenções e pergunta 5 (35 min(15:50-16:25)).
- **Momento Mãos à obra** (20 min (15:50-16:10))
 - Papel metro escrito: influências das oficinas pedagógicas: Na Unidade de emergência x Em minhas práticas como profissional
- Exposição dialogada sobre Importância de darem continuidade às intervenções, e sobre a importância da equipe de enfermagem em todo esse processo. (05 min (16:25-16:30))
- Frase de impacto para reflexão de encerramento, ficha de avaliação da oficina aos profissionais, Coffee-break (30 min (16:30- 17:00))

➤ **Pessoas envolvidas na organização da Oficina:**

Luna Moura-Moderadora Principal

Alice- Observadora e anota os tempos das falas

Nildete- Gravadora

Dandara e Ana Raquel- Distribuem materiais e recolhem. Arrumam coffee-break

Isaías- Cronometra o tempo das atividades e sinaliza com plaquinhas quanto tempo ainda temos para finalizar cada atividade.

Láiris- Suporte à moderadora principal, distribuindo canetas, papéis, a caixinha de perguntas.

➤ **Materiais necessários na oficina:**

Crachás

Cartões de boas-vindas com Balas

Termos de consentimento

Fichas de caracterização do participante

Folha de avaliação final da oficina

Folhas de Ofício

Canetas

Pilotos

5 Cartolinas Brancas

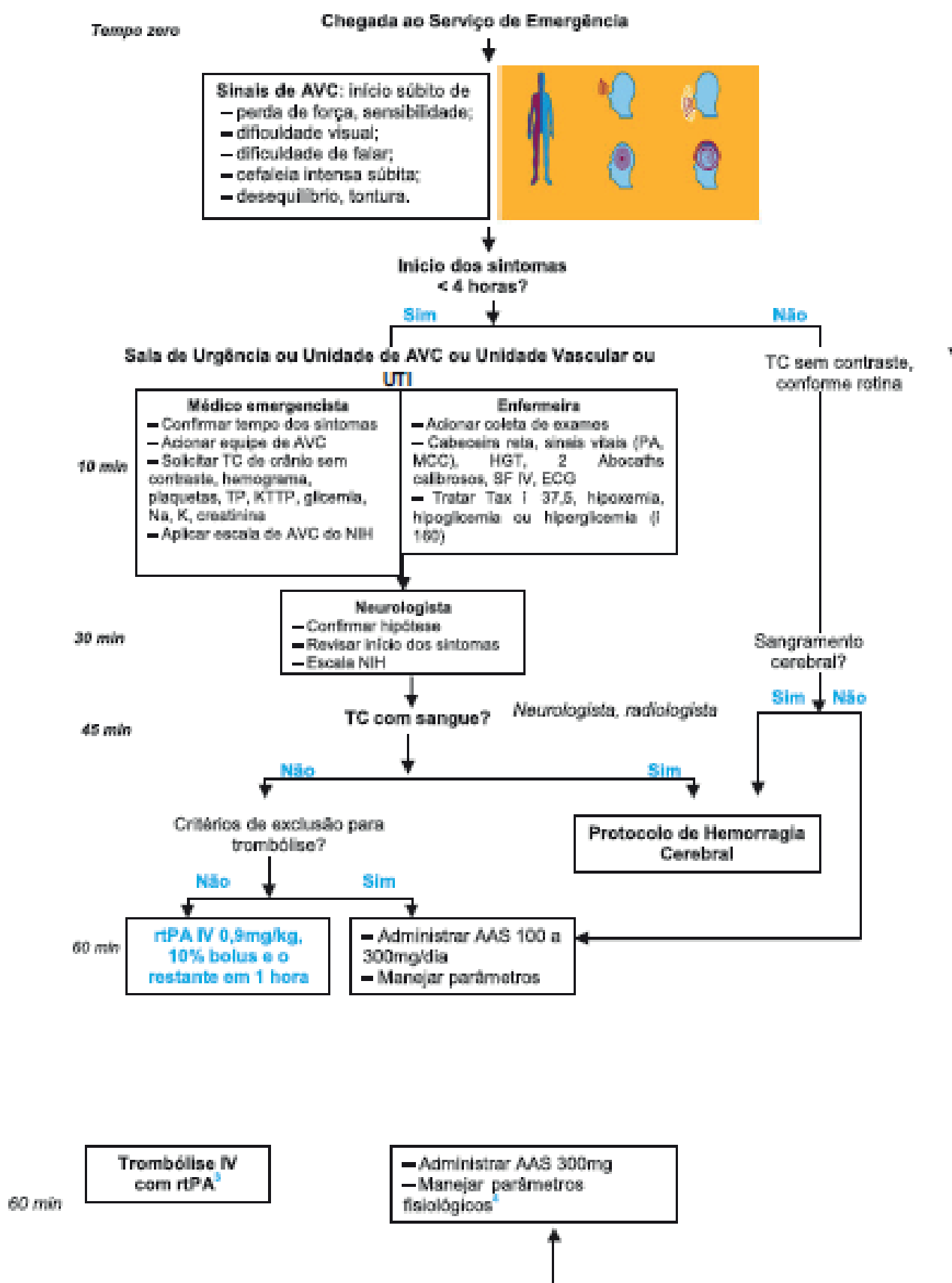
Coffee-break

Toalha de mesa

Copos, guardanapos, pratos e talheres plásticos

Caixa de Som; MP3+ celular para gravação; Caixinha de perguntas

ANEXO I – Fluxograma de Atendimento ao Acidente Vascular Cerebral Agudo Ministério da Saúde- BRASIL, 2012



Fonte: Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde.