

Instrumento para admissão em uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral

Instrument for admission to a Stroke Unit

Instrumento de ingreso en una Unidad de Ictus

Gabriela Cristina da Silva Brandão¹,
Fabiane Maria Klitzke², Adriana Bitencourt Magagnin³

1.Enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia do Hospital Municipal São José. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3896-2363>

2.Fisioterapeuta, Mestra em Ciências do Movimento Humano. Preceptora e Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia do Hospital Municipal São José. Joinville-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7603-7019>

3.Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1607-9484>

Resumo

Introdução. No âmbito da enfermagem, a propedêutica neurológica visa contribuir na identificação de déficits e intervenções concludentes, possibilitando um desfecho favorável ao paciente. Os *checklists* são recomendados para subsidiar uma assistência segura e podem incorporar a primeira etapa do processo de enfermagem. **Objetivo.** Elaborar um *checklist* para auxiliar a admissão do paciente em uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) para cuidados integrais, em um hospital público da região Sul do Brasil. **Método.** Pesquisa descritiva de natureza quali-quantitativa, iniciada com um questionário estruturado composto por 36 itens, avaliados através da escala *Likert* e posteriormente validados em grupo focal. A análise de conteúdo foi realizada para os dados qualitativos e aos dados quantitativos foi utilizado estatística descritiva, com cálculo de frequência absoluta, percentual e o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo, considerado válido os itens que atingiram score total igual ou superior a 100%. Os dados foram tabulados e analisados por meio do software estatístico *Statistical Package for Social Science* versão 20.0 for Windows (IBM SPSS). **Resultados.** Dentre os 36 itens avaliados, apenas 7 foram discutidos no grupo focal, elencando-se em categorias da análise temática. **Conclusão.** O *checklist* definido pelos participantes traz elementos importantes para a assistência de enfermagem e com aplicação que pode facilitar o processo de trabalho em uma unidade de AVC, qualificando o cuidado. Todavia, requer que os serviços estejam estruturados e dimensionados para aplicação.

Unitermos. Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Educação em saúde; Coleta de dados; Lista de Checagem

Abstract

Introduction. In the field of nursing, neurological propaedeutics aims to contribute to the identification of deficits and conclusive interventions, enabling a favorable outcome for the patient. The checklists are recommended to subsidize a safe assistance and can incorporate the first stage of the process of nursing. **Objective.** Elaborate a checklist to assist the admission of the patient in a Stroke Unit for comprehensive care, in a public hospital in the south region of Brazil. **Method.** Quali-quantitative descriptive research, started with a questionnaire structured composed of 36 items, evaluated using the *Likert* scale and later validated in focus group. Content analysis was performed for qualitative data and quantitative data was Descriptive statistics were used, with the calculation of absolute frequency, percentage, and the calculation of the Content Validity Index, considering valid the items that reached a total score equal to or greater than 100%. Data were tabulated and analyzed using statistical software *Statistical Package for Social Science* version 20.0 for Windows (IBM SPSS). **Results.** Among the 36 evaluated items, only 7 were discussed in the focus group, listed in analysis category's theme. **Conclusion.** The checklist defined by the participants brings important elements for the nursing care and with an application that can facilitate the work

process in a stroke unit, qualifying care. However, it requires that the services are structured and scaled to application.

Keywords. Stroke; Nursing care; Nursing Process; Education in health; Data collect; Check list

Resumen

Introducción. En el campo de la enfermería, la propedéutica neurológica tiene como objetivo contribuir a la identificación de déficits e intervenciones concluyentes, posibilitando una evolución favorable para el paciente. Las listas de control son recomendado para subsidiar una asistencia segura y puede incorporar la primera etapa del proceso de enfermería. **Objetivo.** Elaborar una lista de chequeo para auxiliar el ingreso del paciente en una Unidad de Accidente Cerebrovascular para atención integral, en un hospital público de la región sur de Brasil. **Método.** Investigación descriptiva cuali-cuantitativa, iniciada con un cuestionario estructurado compuesto por 36 ítems, evaluados mediante la escala de *Likert* y posteriormente validados en grupo de enfoque. Se realizó un análisis de contenido para los datos cualitativos y para los datos cuantitativos. Se utilizó estadística descriptiva, con cálculo de frecuencia absoluta, porcentaje y cálculo del Índice de Validez de Contenido, considerando válidos los ítems que alcanzaron una puntuación total igual o superior al 100%. Los datos fueron tabulados y analizados usando software estadístico. Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 20.0 para Windows (IBM SPSS). **Resultados.** Entre los 36 ítems evaluados, solo 7 fueron discutidos en el grupo focal, listados en categorías de análisis tema. **Conclusión.** La lista de cotejo definida por los participantes trae elementos importantes para la cuidados de enfermería y con una aplicación que puede facilitar el proceso de trabajo en una unidad de accidente cerebrovascular, atención calificada. Sin embargo, requiere que los servicios estén estructurados y escalados para solicitud.

Palabras clave. Accidente cerebrovascular; Cuidado de enfermera; Proceso de Enfermería; Educación en salud; Recolección de datos; Lista de Verificación

Trabalho realizado no Hospital Municipal São José. Joinville-SC, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 08/02/2023

Aceito em: 25/07/2023

Endereço para correspondência: Fabiane Maria Klitzke. Av. Getúlio Vargas 238. Centro. Joinville-SC, Brasil. CEP 89202-000. E-mail: fisioterapeuta.fabiane@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado como o comprometimento neurológico focal ou global, com duração maior de 24 horas ou letal, de provável origem vascular, onde os distúrbios ocorrem de forma súbita¹. Considerado a primeira causa de morte no Brasil, sua incidência de 1º de janeiro a 13 de outubro em 2022 é de 114,26/100.000 habitantes².

Devido sua implicação negativa nas taxas de mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo, no ano de 2012 foi estabelecido no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), através da Portaria nº 665, a aprovação da Linha de Cuidado ao AVC e os critérios para habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. O documento cita as modalidades do tipo I, II e III, com exigências mínimas para habilitação e seu devido incentivo financeiro³.

O Hospital Municipal São José, oferece serviços de alta complexidade e é uma instituição de referência ao atendimento a pacientes com suspeita de AVC, habilitada na modalidade III, caracterizada por unidade de AVC agudo na categoria de modelo intensivo de cuidados, com monitorização contínua e critérios de suporte avançado de vida. Após estabilidade clínica, o paciente é transferido para dar continuidade da assistência na unidade de AVC integral (U-AVC integral), com cuidados clínicos multiprofissionais, reabilitação e investigação etiológica⁴.

A U-AVC integral requer cuidados específicos por parte de uma equipe multiprofissional, incluindo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição³.

Dentre esses profissionais, destaca-se a equipe de enfermagem, coordenada pelo enfermeiro e que possui papel relevante neste cenário, considerado como aqueles que passam maior período de assistência direta ao paciente, com atividades privativas como elaboração, execução e a avaliação dos planos de cuidados, através da sistematização da assistência de enfermagem⁵.

A promulgação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, assim como a resolução nº. 358/2009, dispõe sobre um instrumento científico, com a finalidade de organização do trabalho, realizando assim a operacionalização do processo de enfermagem (PE), amparando ações de assistência, contribuindo para prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade⁶.

O PE é uma ferramenta eficiente que requer um engajamento dos profissionais, com o apoio da gestão, é possível superar as barreiras da aplicabilidade, ressaltando e demonstrando sua relevância na prática da assistência. Estabelecer um modelo de assistência de enfermagem requer conhecimento das necessidades da população atendida, buscando embasamento teórico consolidado com a filosofia da instituição, bem como os valores dos profissionais referentes aos conceitos do modelo utilizado⁷.

A primeira etapa do PE, que contempla o Histórico de Enfermagem (HE), irá subsidiar as demais etapas, com o levantamento de dados a partir de um roteiro sistemático, possibilitando ao profissional enfermeiro a identificação de potenciais problemas e riscos, inserindo informações no prontuário com responsabilidade, registros fidedignos, sendo um instrumento capaz de auferir a qualidade da assistência^{8,9}.

Nessa perspectiva, os registros de enfermagem representam dados relevantes para o paciente e para a instituição, respaldando o profissional quanto aos aspectos éticos e legais, auxiliando no processo de auditoria,

facilitando o monitoramento dos indicadores assistenciais e, portanto, contribuindo para um planejamento de assistência integral¹⁰.

Conhecer o paciente em sua integralidade com informações relevantes para o desenvolvimento do planejamento do cuidado é imprescindível, principalmente ao paciente em reabilitação pós AVC, visto que o quadro neurológico está em vigília, sendo necessário por vezes uma abordagem terapêutica emergencial¹¹.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety*, recomendando ações e subsidiando uma assistência segura, prevenindo erros ao paciente e propondo a utilização de lista de checagem ou *checklist*¹².

Considerando que a U-AVC integral do Hospital Municipal São José não possui um *checklist* de admissão, e este ser um processo importante para subsidiar o cuidado de enfermagem, considerou-se a necessidade de intervenção que auxilie e incentive os profissionais a realizarem uma coleta de dados estruturada, otimizando assim o processo de admissão, com informações relevantes, colaborando com um desfecho favorável ao paciente.

Este estudo se justifica em fornecer subsídios à assistência da equipe de enfermagem de uma U-AVC Integral, a fim de melhorar a qualidade do cuidado e documentar as informações de forma clara e objetiva, auxiliando-os no levantamento de dados importantes no momento da admissão da pessoa com AVC. Propõe-se a

criação de um *checklist* que possa aprimorar a avaliação inicial.

Para guiar esta pesquisa, foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Quais são os itens relevantes para a construção de um *checklist* direcionado ao paciente em uma U-AVC integral?

É estabelecido o seguinte objetivo geral, para dar resposta à pergunta norteadora: Elaborar um checklist para auxiliar a admissão do paciente em uma Unidade de Acidente Vascular para cuidados integrais, em um hospital público da região sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quali-quantitativa, visto que são metodologias complementares, possibilitando uma análise estrutural e processual, enriquecendo a análise da pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do Hospital Municipal São José sob o parecer número 5.172.408 (CAAE: 54189221.0.0000.5362)^{13,14}.

Local do Estudo

O estudo foi realizado na U-AVC integral do Hospital Municipal São José, do município de Joinville/SC, pioneiro e referência nacional e da América Latina no diagnóstico e tratamento do AVC¹⁵.

A U-AVC integral dispõe de 24 leitos de internação que visa investigação etiológica, com a realização de exames de

imagem e reabilitação, com sala equipada e profissionais especializados. As internações geralmente ocorrem de 5 a 7 dias, com alta hospitalar programada. Se necessário, é realizada abordagem a família, com a realização da conferência familiar e apoio da equipe multiprofissional, visando informar o quadro atual, sanando dúvidas, orientando quanto aos cuidados em domicílio e fornecendo encaminhamentos necessários para a continuidade da assistência.

Entre os anos de 2012 e 2013 esta instituição recebeu cerca de 80% dos casos de AVC do município, sendo que 30% dos casos internados são dos municípios vizinhos¹⁵.

Participantes do estudo

Para participação no estudo, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros egressos da residência de neurologia, enfermeiros atuantes e que atuaram na U-AVC integral por no mínimo 6 meses, nos últimos 5 anos. Para os critérios de exclusão, adotou-se: convidados que não iniciaram a validação do estudo através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Com auxílio da coordenação da unidade, foi levantada a lista de enfermeiras (os), sendo no total 16 participantes. Explicou-se o objetivo da pesquisa e foi realizado o convite à participação do estudo.

Procedimentos

Etapa I

A primeira etapa iniciou-se com a revisão de literatura e, posteriormente, a elaboração do questionário com os itens para validação, baseados nas diretrizes publicadas pela Portaria de 12 de abril de 2012 do Ministério da Saúde, linha de cuidados em AVC no adulto, manual de rotinas de atenção ao AVC, diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com AVC, bem como, os déficits de informações relevantes que, enquanto residente, observei em minha atuação nesta unidade^{3,5,16,17}.

O AVC pode causar déficit funcional em decorrência ao dano estrutural, levando a limitação das atividades diárias e com a utilização das escalas, é possível a identificação de flutuações clínicas, perda ou anormalidade de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica, contribuindo na comunicação rápida entre a equipe, favorecendo a assistência eficiente¹².

Na U-AVC integral sugere-se controle rigoroso dos níveis pressóricos, temperatura, saturação, glicemia, déficit neurológico, avaliação da capacidade de deglutição, mobilidade precoce, manejo da incontinência urinária, monitoramento e tratamento precoce de infecções, integridade cutânea, evitar procedimentos invasivos (como acesso venoso e sonda vesical) e identificação de risco de queda⁵.

Um estudo realizado com pacientes provindos da região metropolitana de Porto Alegre-RS, e que foram atendidos no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), evidenciou que as escalas mRankin, Índice de *Barthel* e *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) com evidências de confiabilidade clinicamente aceitáveis e de boa aplicabilidade em pacientes com AVC. Estes dados levantados na literatura colaboraram para a construção inicial do questionário¹⁸.

Etapas II

Após aprovação do projeto, iniciou-se o contato com os participantes via *WhatsApp* e *e-mail*, com base na relação dos enfermeiros, que foi disponibilizada pela instituição. Posteriormente, encaminhado o convite e orientado a respeito do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para aceite da participação da pesquisa, obedecendo às normativas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹.

O questionário foi enviado por *e-mail*, através do *Google Forms*. Inicialmente foram coletados os dados sociodemográficos para caracterização dos participantes, com as seguintes variáveis: nome, idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação na U-AVC integral e grau de titulação.

Em seguida, o instrumento tipo *checklist*, transformado em questionário estruturado, foi constituído com 36 itens: identificação do paciente, apresenta pulseira de

identificação, data de admissão no hospital e na Unidade AVC integral, participa de algum estudo, setor proveniente, transporte para transferência de setor, mRankin prévio, investigação etiológica, exames realizados, exames pendentes, protocolo do exame neurológico da admissão na Unidade de AVC agudo, tomografia impressa, realizou intervenção/terapia de reperfusão, NIHSS de admissão no hospital, NIHSS de admissão na U-AVC integral, realizou avaliação da equipe multiprofissional, realizado contato com familiar acerca da transferência de setor, necessário acompanhante, histórico de queda, locomoção, religião, comorbidade prévia, medicação de uso prévio, alergias, identificação com pulseira roxa (identificação de alergia), queixas do paciente, sinais vitais, suporte ventilatório, via de alimentação, dispositivo venoso, medicamento de infusão contínua, integridade da pele, utilizando dispositivo para drenagem de fluídos, eliminações vesicointestinais, precaução de contato, escalas: dor, coma de Glasgow, Fugulin, Braden, Morse, Barthel, mRankin modificado e Karnofsky^{3,5,16,17,18}.

Os participantes avaliaram cada item do instrumento quanto à sua relevância e aplicabilidade à prática assinalando o nível de concordância e utilizando a escala *Likert*: (-2) Discordo totalmente, (-1) Discordo, (0) Indiferente, (+1) Concordo e (+2) Concordo totalmente. Após cada item do checklist, havia um espaço para registro de comentários ou sugestões.

Etapa III

A terceira etapa transcorreu através da entrevista com grupo focal, que consiste em uma técnica que possibilita interação entre os participantes sobre um tema específico, favorecendo a troca de experiências e formação de novas ideias, resultando na coleta de dados²⁰.

Através da estratégia do grupo focal, buscou-se a construção do *checklist*, com a revisão e análise dos itens, com pontuação 0, -1 e - 2, possibilitando a compreensão mais detalhada e feedbacks para validação com os participantes.

Os grupos foram moderados pela própria pesquisadora, divididos em dois momentos, para melhor detalhamento dos itens. O encontro foi audiogravado para auxiliar na transcrição dos dados, respeitando o consentimento dos participantes.

O primeiro grupo foi realizado no dia 09/06/22, com cinco participantes e o segundo grupo ocorreu em 15/06/22, com três participantes, sendo um deles via remoto, com duração média de 60 minutos cada encontro.

Inicialmente, a moderadora agradeceu a participação e contribuição para o trabalho em questão. Os dados coletados foram apresentados através do *Google forms*, por meio do recurso *Microsoft PowerPoint*, para melhor visibilidade. Posteriormente, foi iniciada a explanação de cada item e voluntariamente os participantes levantaram suas percepções e debateram os temas, chegando a um consenso. No final de cada discussão, a pergunta era

realizada novamente, para validação do item. A apresentação transcorreu sem intercorrências.

Análise dos dados

As respostas foram organizadas e analisadas por intermédio da análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico visado. Realizou-se uma pré-análise do conteúdo das falas, a qual foram transcritas na íntegra para logo dar sequência na exploração do material, considerada uma etapa pouco mais crítica, visto que é onde ocorre a classificação com intenção de uma melhor compreensão contextual. Além disso, nesse período ocorreu o agrupamento das regras de montagem e especificação dos dados. E por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, compreendendo as particularidades e definindo as categorias da análise temática²¹.

Os dados quantitativos foram tabulados e analisados por meio do *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* versão 20.0 *for Windows* (IBM SPSS). Optou-se por utilizar estatística descritiva, com cálculo de frequência absoluta e percentual das variáveis (sexo, idade categorizada, formação e tempo de formação dos participantes). Para inclusão no checklist, considerou-se válidos os itens que atingiram 100% de escores atribuídos +1 e +2. Os itens que tiveram escore atribuído 0, - 1 e - 2

foram indicados para discussão no grupo focal e incluídos no checklist os itens que tiveram aprovação de 100% do grupo.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos

Os resultados dos dados sociodemográficos caracterizam o perfil dos profissionais enfermeiros, sendo sua maioria do sexo feminino, prevalecendo a formação profissional de especialistas. Os dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas dos participantes.

Variáveis	n = 11
	f (%)
Sexo	
Masculino	2 (18,2)
Feminino	9 (81,8)
Idade*	
22-32	4 (36,4)
33-43	4 (36,4)
44-54	2 (18,2)
55-65	1 (9,1)
Formação	
Graduação	2 (18,2)
Especialização	9 (81,8)
Tempo de formação	
< 10 anos	6 (54,5)
11-21 anos	4 (36,4)
>21 anos	1 (9,1)

* Idade em anos completos. n: Número total de participantes; f: Frequência; %: Percentual; <: Menor que; >: Maior que.

Questionário estruturado

Dos 16 participantes convidados, 11 responderam ao questionário. No total de 36 itens, 7 foram avaliados como indiferente, discordo e discordo totalmente: “participa de algum estudo, setor proveniente, tomografia impressa, realizou intervenção/terapia de reperfusão, necessário acompanhante, religião e utilizando dispositivo para drenagem de fluídos”, os quais foram levados às discussões no grupo focal. Todos os itens avaliados pelos participantes são apresentados na Tabela 2.

Grupo focal

Após discussão no grupo focal, 87,5% discordaram com o item “tomografia impressa” e 100% concordaram com os itens “participa de algum estudo, setor proveniente, realizou intervenção/terapia de reperfusão, necessário acompanhante, religião e utilizando dispositivo para drenagem de fluídos” (Tabela 3).

Categorias da análise temática

As discussões ocorridas no grupo focal levantaram temáticas que são elencadas abaixo por apresentarem maior representatividade entre os participantes: 1) comunicação efetiva; 2) qualidade da assistência; 3) propedêutica neurológica; 4) cuidado individualizado; 5) a importância do acompanhante na reabilitação pós AVC; 6) crenças religiosas; e 7) olhar integral independente da patologia.

Tabela 2. Itens avaliados no questionário conforme a escala de *Likert*.

Itens f (%)	Concordo Totalmente (+2)	Concordo (+1)	Indiferente (0)	Discordo (-1)	Discordo Totalmente (-2)
Identificação do paciente	10 (90,9)	1(9,1)	-	-	-
Apresenta pulseira de identificação	11 (100)	-	-	-	-
Data de admissão no hospital e data de admissão na U-AVC integral	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
*Participa de algum estudo	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	-	-
*Setor proveniente	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	-	-
Transporte para transferência de setor	9 (81,8)	2 (18,2)	-	-	-
mRankin prévio	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Investigação etiológica	11 (100)	-	-	-	-
Exames realizados	9 (81,8)	2 (18,2)	-	-	-
Exames pendentes	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Protocolo do exame neurológico da admissão na U-AVC agudo	7 (63,6)	4 (36,4)	-	-	-
*Tomografia impressa	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,4)	2 (18,2)	-
*Realizou intervenção/terapia de reperfusão	9 (81,8)	1 (9,1)	1 (9,1)	-	-
NIHSS de admissão no Hospital	9 (81,8)	2 (18,2)	-	-	-
NIHSS de admissão na U-AVC integral	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Realizou avaliação da equipe multiprofissional	7 (63,6)	4 (36,4)	-	-	-
Realizado contato com familiar acerca da transferência de setor	4 (36,4)	7 (63,6)	-	-	-
*Necessário acompanhante	3 (27,3)	6 (24,5)	2 (18,2)	-	-
Histórico de queda	7 (63,6)	4 (36,4)	-	-	-
Locomoção	10 (90,9)	1 (9,1)	-	-	-
*Religião	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	-	-
Comorbidade prévia	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Medicação de uso prévio	7 (63,6)	4 (36,4)	-	-	-
Alergias	11 (100)	-	-	-	-
Identificação com pulseira roxa	10 (90,9)	1 (9,1)	-	-	-
Queixas do paciente	6 (54,5)	5 (45,5)	-	-	-
Sinais vitais	9 (81,8)	2 (18,2)	-	-	-
Suporte ventilatório	10 (90,9)	1 (9,1)	-	-	-
Via de alimentação	11 (100)	-	-	-	-
Dispositivo venoso	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Medicamento de infusão contínua	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Integridade da pele	9 (81,8)	2 (18,2)	-	-	-
*Utilizando dispositivo para drenagem de fluidos	7 (63,6)	3 (27,3)	-	1 (9,1)	-
Eliminações vesicointestinais	9 (81,8)	2 (18,2)	-	-	-
Precaução de contato	8 (72,7)	3 (27,3)	-	-	-
Escalas	7 (63,6)	4 (36,4)	-	-	-

* Itens incluídos para discussão no grupo focal receberam score 0; -1 e -2 de algum participante.

Tabela 3. Percentual dos participantes que concordaram ou discordaram da inserção no checklist dos itens avaliados no grupo focal.

Itens	Discordaram %	Concordaram %
*Participa de algum estudo	-	100
*Setor proveniente	-	100
Tomografia impressa	87,5	12,5
*Realizou intervenção/terapia de reperfusão	-	100
*Necessário acompanhante	-	100
*Religião	-	100
*Utilizando dispositivo para drenagem de fluidos	-	100

*Inclusão no checklist score total > 100%

Comunicação efetiva

O item “Participa de algum estudo” levantou alguns questionamentos quanto a uma comunicação efetiva entre a equipe e quais consequências podem ser acometidas. Todos os participantes concordaram que este item é relevante para compor o checklist. Os participantes relatam sua experiência:

“Muitas vezes, o paciente chegava do agudo já sendo encaixado em algum estudo e eu não sabia que ele estava. Porque daí os médicos falam entre eles... você ficava perdido... É bem relevante ao meu ver.”
(Participante 3)

“É relevante, porque se ele tomou medicamento de algum estudo, ele faz uso de algum experimental, até que ponto isso interfere no tratamento? Isso é relevante.” (Participante 2)

“É importante saber se o paciente participa de algum estudo visto a necessidade de diferentes formatos de monitorização, intervalos e valores controle, além da utilização de medicações controle ou que possam alterar para bem ou pra mal o quadro do mesmo.”
(Participante 8)

Qualidade da assistência

O item "Setor proveniente" foi justificado quanto a sua relevância na qualidade da assistência de uma equipe multidisciplinar atuante com protocolos bem definidos. Todos os participantes concordaram que este item é relevante para compor o checklist. Conforme o participante 8:

" É importante saber o local de proveniência devido a qualidade da assistência prestada: pacientes encaminhados do AVC Agudo ou AIT costumam vir com exames de admissão completos. Por exemplo: apenas recebem alimentação após avaliação da fonoaudióloga. Tem protocolos a serem seguidos! Provenientes de outros setores, não costumam vir completos e não são assistidos pela equipe multi dessa forma!"

Propedêutica neurológica

Alguns empasses foram relatados pelos participantes quanto ao item "Tomografia impressa". Relatam divergência quanto aos protocolos vigentes na instituição, enfatizam que as imagens são disponibilizadas no sistema com recursos tecnológicos que facilitam a visualização da imagem e com isso reduzindo gastos com impressão.

"A tomografia impressa é uma exigência do setor avc agudo e integral, não é protocolo hospitalar. Paciente quando encaminhado de outros setores não segue a mesma rotina." (Participante 1)

"A qualidade da imagem no sistema é melhor, visto que é possível editar a tonalidade, o aspecto, dentre outras possibilidades." (Participante 2)

Outro questionamento levantado, foi relacionado ao papel do enfermeiro quanto a análise dos exames de imagem.

"Como profissional enfermeira, a tomografia não é um exame que eu analiso oficialmente. Eu olho a tomografia? sim! Mas oficialmente não é o meu papel! Realmente a relevância daquele exame impresso e a responsabilidade que cai em cima do enfermeiro para saber onde está, quando é algo que não é ele que solicita, não é ele que avalia, não é ele que define conduta através daquela imagem."
(Participante 2)

Em controvérsia, o Participante 8 concorda que o item é relevante para ser discutido em round, menciona a falta de computadores para visualização e quanto é pertinente no processo da aprendizagem:

"A tomografia tem que ser impressa porque a gente vem de uma cultura que mostra o exame para você visualizar e outras pessoas visualizarem ao mesmo tempo na visita. A gente tem pouco computador no hospital, não é toda hora que a gente consegue sentar para visualizar. A impressa facilita, principalmente na hora da visita. Se tu tem ele na mão, tu consegue visualizar, mostrar o porque, se corresponde ou não com o déficit do paciente. Acho bem interessante, porque eu aprendi muito vendo as tomografias."

No grupo focal, 87,5% dos participantes discordaram do item.

Cuidado individualizado

Para o item "Realizou intervenção/terapia de reperfusão", os participantes enfatizam a importância do

item devido aos cuidados específicos pós-intervenção e solicitam para inserir no *checklist* os itens: data e hora.

"É importante saber se realizou alguma intervenção, data, hora e como que o procedimento ocorreu! Foi trombólise? Teve parada cardíaca? Essa trombectomia teve sucesso ou não? Enfim, fundamental, porque se esse paciente fizer um novo evento no setor, vai dizer se é contra indicado trombolisar ou não! Se aparecer um hematoma no membro puncionado e foi realizado o trombolítico saberei o motivo! Eu sei se dá para anticoagular esse paciente!" (Participante 2)

"Informação importante, pois a terapia de reperfusão tanto química quanto mecânica é o indicativo de que um evento isquêmico grave aconteceu e que o paciente se encontra em risco ou que pode estar em risco iminente tanto por sangramento ativo, como por conta do procedimento que foi realizado! Qualquer mudança no quadro do paciente nos primeiros dias pode ser complicação grave ou risco iminente de morte." (Participante 8)

A importância do acompanhante na reabilitação pós-AVC

O item "Necessário acompanhante" levantou questionamentos sobre o papel do acompanhante e a importância da participação do cuidador.

"A presença do acompanhante não é só para auxiliar o paciente a realizar alguma atividade ou tarefa, e sim também entender quais são os próximos passos depois dessa internação, participar da responsabilidade compartilhada do cuidado, da autonomia do paciente! É uma rede de apoio psicológica." (Participante 2)

Outros pontos citados são quanto aos riscos de um paciente de alta dependência estar sem acompanhante. Foi

levantada a possibilidade de acionar o acompanhante antes da transferência de setor e mencionaram quanto ao dimensionamento do quadro de profissionais.

"Acho importante esse item. Pois o paciente pode ter risco de queda, risco de confusão, risco de sangramento... Acho que antes de subir o paciente, já vir com o acompanhante avisado." (Participante 4)

"Conheço a rotina do AVC agudo e nem sempre dá tempo, nem sempre dá de chamar antes o acompanhante. Fazemos a transferência do setor para ser mais ágil." (Participante 2)

"Importante verificar a necessidade de acompanhamento visto alta demanda de pacientes e equipe reduzida." (Participante 8)

Todos os participantes concordaram quanto à aplicabilidade e relevância do item.

Crenças religiosas

Os participantes levantaram alguns pontos relacionados ao item "Religião", pois algumas terapias como transfusão de sangue beneficiam muitas pessoas, mas se esbarram em situações conflituosas, que impactam nos aspectos morais, éticos e religiosos.

"Eu acho muito importante! Porque se a gente não sabe da religião, se tem uma piora, se precisa receber uma transfusão sanguínea por exemplo, e aí tem religião que não aceita né... Então acho que é importante sim. Sim, é algo que a gente não se atenta, saber qual é a religião da pessoa. Se vocês virem naquela folhinha de admissão do prontuário, o paciente faz a ficha e tem lá." (Participante 6)

Os participantes enfatizam sobre os rituais religiosos e suas experiências:

" Ter empatia né. Eu lembro que já aconteceu comigo, do paciente que é da tribo indígena que o ritual eu desconhecia. Então é legal ter essa informação para dar privacidade para eles fazerem um ritual dentro da religião deles. Agora descartar essa informação, não tem como." (Participante 3)

"Primeiro que tem a questão de Testemunha de Jeová, segundo porque tem algumas outras religiões que... sei lá... tem um paciente que a religião da Índia, árabe, e quer a presença religiosa, ou que ele é do islamismo e ele vai a óbito, não pode encostar no corpo, tem que ter uma mulher com a mesma religião para lavar. Então apesar de eu ser muito cética, eu respeito essas particularidades da religião de cada um." (Participante 2)

"Nos casos de testemunhas de Jeová onde podem ocorrer condutas que não são autorizadas pela família, é necessário sim que tenha uma sinalização caso seja necessário intervir." (Participante 8)

100% concordaram que o item é relevante.

Olhar integral independente da patologia

No campo para sugestão no questionário, em relação ao item " Utilizando dispositivo para drenagem de fluídos", um participante mencionou que o setor do AVC integral é voltado para outras necessidades, o que levantou questionamento durante o grupo quanto a um olhar integral.

"Mas as vezes esse paciente fez uma descompressão, veio da uti, tem um dreno. Eu acho que é importante sim." (Participante 1)

"Nada impede do paciente vir da unidade cirúrgica avevezado depois de fazer uma cirurgia e tem um

tromboembolismo pulmonar, vai interferir no meu cuidado. Então eu concordo totalmente."
(Participante 2)

"Concordo. É uma avaliação básica que fazemos."
(Participante 3)

"Todo dispositivo deve ser sinalizado durante uma admissão, e caso fuja do padrão para pacientes estáveis ou instáveis em setor de internação, no qual de alguma forma é necessário um cuidado diferenciado, faz-se indispensável a sinalização dos demais!" (Participante 8)

Todos os participantes concordam que o item é relevante.

Após análise dos itens do grupo focal, a moderadora apresentou o modelo do *checklist* (Figura 1) e solicitou suas contribuições quanto à relevância e aplicabilidade do instrumento.

"Ele é um norte para um possível novo enfermeiro. É uma situação que nós estamos passando inclusive, de uma colega que acabou de se formar, não sabe nada, pergunta tudo... Torna a admissão mais segura para o paciente, justamente no aspecto de você saber detalhes. Ele está no estudo? Ele trombolisou? Ele é anticoagulado, ele não é? Qual o risco de novo evento? Eu acho que ele deixa a intervenção mais segura para o paciente. Esse instrumento de coleta de dados para admissão, ele é relevante".
(Participante 2)

" Na verdade a gente queria conseguir fazer tudo isso, mas as vezes, quantos pacientes admitimos numa tarde, numa noite ... A SAE precisa de tempo, avaliar o paciente! Porque geralmente se o paciente vem do AVC agudo vem com SAE, então você tem parâmetros para seguir, se vem de outra unidade de internação, vem sem nada, não tem nem evolução do enfermeiro e nem do técnico de enfermagem,

então tem que começar do zero e isso é tempo!"
(Participante 4)

Figura 1. Modelo checklist.

Identificação do paciente			
Data internação hospitalar	/ /	Data internação U-AVC integral	/ /
NIHSS de admissão hospitalar		Sector proveniente	U-AVC agudo () Outros :
Investigação etiológica	AVCI () AVCH () AIT () OUTROS:	Estudo	Interact () Axiomatic () Optimal ()
Pulseira de identificação	Não () Sim ()	Alergia	Não () Sim () Qual:
Precaução de contato	Não () Sim () Qual:	Identificação com pulseira roxa	Não () Sim ()
Realizou intervenção/terapia de reperfusão	Não () Sim () Qual: Data: Hora:	Transporte para transferência de setor	Cadeira de roda () Maca () Deambulando ()
Protocolo do exame neurológico da admissão hospitalar	Não () Sim ()	Contato familiar acerca da transferência de setor	Não () Sim ()
mRankin Prévio		Necessário acompanhante	Não () Sim ()
Exames realizados	TC () RX tórax () ECG () DTC () DCV () ECOTT () ECOTE () HOLTER ()	Histórico de queda	Não () Sim ()
Exames pendentes	TC () RX tórax () ECG () DTC () DCV () ECOTT () ECOTE () HOLTER ()	Auxílio para deambular	
Aval. Fonoaudiólogo	Não () Sim ()	Aval. Fisioterapeuta	Não () Sim ()
Aval. Nutricionista	Não () Sim ()	Aval. Psicólogo	Não () Sim ()
Aval. Terapeuta ocupacional	Não () Sim ()	Aval. Assistente social	Não () Sim ()
Dispositivo venoso	Não () AVP MSE () AVP MSD () AVP MID () AVP MIE ()	Integridade da pele	Não () Sim () Aspecto da lesão:
Dispositivo para drenagem de fluídos	Não () Sim () Qual:	Medicamento de infusão contínua	Não () Sim () Qual:
Via de alimentação	VO () SNE () GTT () NPO ()	Eliminações vesicointestinais	Fralda () Papagaio/comadre () Banheiro ()
Religião	Testemunha de Jeová () Católico () Evangélico () Outros:	Comorbidade prévia	HAS () DM () Dislipidemia () AIT prévio () AVC prévio () FA () Outros:
Queixas do paciente		Medicação de uso prévio	
Sinais vitais			
SAT:	PA:	Nível de consciência	Lúcido () Orientado em tempo e espaço () Confuso ()
FR:	HGT:	Respiratório	Ar ambiente () Oxigenoterapia () TOT ()
FC:	Tº:	Pulso	Rítmico () Arritmico () Dicroítico () Filiforme ()
Escala			
Dor	Leve () Moderada () Intensa ()		
*Coma de Glasgow	Resultado:	*Braden	Resultado:
*Fugulin	Resultado:	*Morse	Resultado:
NIHSS de admissão na U-AVC integral			
Consciência	0 () 1 () 2 () 3 ()	Motricidade MID	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()
Questões	0 () 1 () 2 ()	Motricidade MIE	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()
Comandos	0 () 1 () 2 ()	Ataxia	0 () 1 () 2 ()
Olhar conjugado	0 () 1 () 2 ()	Sensibilidade	0 () 1 () 2 ()
Campo visual	0 () 1 () 2 () 3 ()	Melhor linguagem	0 () 1 () 2 () 3 ()
Paralisia facial	0 () 1 () 2 () 3 ()	Disartria	0 () 1 () 2 ()
Motricidade MSD	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()	Extinção e inatenção	0 () 1 () 2 ()
Motricidade MSE	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()	Pontuação total	
Alimentação	0 () 5 () 10 ()	Assintomático	0 ()
Banho	0 () 5 ()	Sintomas sem incapacidade	1 ()
Atividades rotineiras	0 () 5 ()	Incapacidade leve	2 ()
Vestir-se	0 () 5 () 10 ()	Incapacidade moderada	3 ()
Intestino:	0 () 5 () 10 ()	Incapacidade moderada à grave	4 ()
Sistema urinário:	0 () 5 () 10 ()	Incapacidade grave	5 ()
Pontuação total:	Óbito	6 ()	
	Pontuação total		
Escala karnofsky			
100%	Normal, sem queixas, sem sinais de doença	40%	Incapaz, necessita de cuidado especial e ajuda

90%	Capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas da doença	30%	Gravemente incapaz, admissão hospitalar indicada mas sem risco de morte
80%	Atividade normal com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas	20%	Muito doente, necessidade de admissão imediata e medidas de suporte ou tratamento
70%	Capaz de cuidar de si próprio, incapaz de atividade normal ou trabalho	10%	Moribundo, rápida progressão para doença fatal
60%	Necessidade de alguma ajuda, capaz de cuidar da maioria das necessidades próprias	0%	Morte
50%	Frequentemente necessita de ajuda, necessita de atenção médica frequente	Resultado	

AVCI – Acidente vascular cerebral isquêmico; AVCH – Acidente vascular cerebral hemorrágico; U-AVC – Unidade de acidente vascular cerebral; TC – Tomografia computadorizada; RX – Radiografia; ECG – Eletrocardiograma; DTC – Doppler transcraniano; DCV – Doppler de carótidas vertebrais; ECOTT – Ecotranstorácico; ECOTE – Ecotranseofágico; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; DM – Diabetes mellitus; FA – Fibrilação atrial; AVP – Acesso venoso periférico; MSE – Membro superior esquerdo; MSD – Membro superior direito; MID – Membro inferior direito; MIE – Membro inferior esquerdo; VO – Via oral; SNE – Sonda nasointestinal; GTT – Gastrostomia; NPO – Nada por via oral; U-AVC agudo – Unidade de acidente vascular cerebral agudo; SAT – Saturação; FR – Frequência respiratória; FC – Frequência cardíaca; PA – Pressão arterial; HGT – Hemoglicoteste; T° – Temperatura; TQT – Traqueostomia; TOT – Tubo orotraqueal; *Escala coma de Glasgow, Fugulin, Braden e Morse são contempladas no sistema da instituição.

DISCUSSÃO

O AVC é a principal causa de incapacidade e morte do Brasil. Através de um exame de imagem e manejo clínico rápido, poderá minimizar um prognóstico desfavorável à pessoa acometida. A tomografia computadorizada é um exame disponível na instituição em estudo, custeado pelo Sistema Único de Saúde, considerado custo-efetivo, utilizado para hipóteses diagnósticas, possibilitando definição da melhor conduta terapêutica no AVC, bem como avaliar o seu nível de gravidade, com recursos digitais que possibilitam melhor visualização da imagem, sendo avaliada por equipe capacitada^{22,23}.

Para o enfermeiro, a propedêutica tem como objetivo a realização da avaliação neurológica na admissão, contribuindo na identificação dos déficits que possam afetar as atividades da vida diária, estabelecendo, portanto, intervenções de enfermagem, possibilitando avaliar piora ou melhora do quadro funcional. Porém, com baixa adesão,

acredita-se que está relacionada à falta de prática, complexidade do assunto e não assimilar a clínica com a neuroanatomia e exames para diagnóstico²⁴.

Os fatos referidos corroboram com a negativa dos participantes quanto ao item “Tomografia impressa”, demonstrando a importância do profissional enfermeiro desenvolver habilidades que permitam a avaliação dos exames. Além disso, reafirma a importância do item “Setor proveniente”, pois permite identificar o histórico do paciente na instituição e quais cuidados já foram ofertados.

O tratamento para o acidente vascular cerebral isquêmico se dá através das terapias de reperfusão, trombectomia mecânica e trombólise química. São terapias que demandam cuidados específicos por parte da equipe, como manter o membro imobilizado após trombectomia mecânica, evitar punção arterial, retirada de introdutor e cuidados pós retirada. A segurança do paciente e os determinantes da qualidade da assistência estão entrelaçados ao trabalho da equipe multiprofissional e à comunicação efetiva, possibilitando reduzir danos e riscos que poderão comprometer a qualidade de vida, visando desfechos clínicos favoráveis^{22,25}.

O apontamento anterior consolida com a análise dos participantes quanto à relevância e aplicabilidade dos itens “Realizou alguma intervenção/terapia de reperfusão”, “Participa de algum estudo” e “Utilizando dispositivo para drenagem de fluídos” são importantes.

Para um bom desempenho profissional, é necessário que o enfermeiro desenvolva suas habilidades e competências com uma escuta qualificada, uma abordagem acolhedora, compreendendo o paciente de forma integral, com seus aspectos psicológicos, espirituais e emocionais²⁶. Sob essa perspectiva em conjunto a análise dos participantes, embora o item “Religião” tenha gerado dúvida nos enfermeiros durante a primeira etapa do estudo, no grupo focal foi possível observar que consideram como importante para o cuidado o reconhecimento dos aspectos culturais e religiosos das pessoas hospitalizadas, compreendendo que pode haver divergências com suas próprias crenças.

A Sistematização de Assistência à Enfermagem (SAE) é uma ferramenta eficiente para a gestão em saúde, qualificando a assistência e possibilitando a autonomia profissional. Entretanto, há várias limitações encontradas para a realização efetiva do processo nas instituições de saúde, como sobrecarga de trabalho, falta de tempo, escassez de profissionais, desconhecimento, pouca vivência da metodologia, desinteresse em executar, fragilidade em educação permanente e questões organizacionais²⁷.

É possível, dessa forma, inferir a partir dos relatos dos profissionais que existem lacunas que compete a administração da instituição para que a assistência de enfermagem ocorra de forma eficiente.

O AVC tem um impacto econômico e social considerável, pois boa parte dos sobreviventes com sequelas

pós AVC necessitam de reabilitação, com aproximadamente 70% afastadas das atividades laborais³. Os profissionais envolvidos na reabilitação do cuidado ao paciente pós AVC são fundamentais para apoiar e dar o suporte às famílias, pois requer adaptação de todos os envolvidos frente a uma nova realidade. É imprescindível inseri-los no cuidado e orientá-los desde a admissão, a fim de minimizar possíveis complicações pós alta, reinternações, adoecimentos do cuidador e complicações ocasionadas pela descontinuidade do cuidado, como lesões por pressão, pneumonia aspirativa, dentre outros^{28,29}. Portanto, tais achados reforçam a importância do item “Necessário acompanhante”, em consonância com a análise dos participantes.

Algumas limitações devem ser mencionadas. O estudo foi desenvolvido em um hospital referência no Linha de Cuidado do AVC, com programa de residência multiprofissional em neurologia, o que pode gerar dados distintos a outras realidades, além de que alguns itens foram selecionados de acordo com a necessidade local. Ademais, a amostra não é representativa, embora não tenhamos o objetivo de generalizar os resultados. Outro item a ser considerado foi a baixa adesão dos profissionais convidados ao estudo.

CONCLUSÃO

Observou-se por meio do estudo que os participantes compreendem a relevância da primeira etapa do processo de enfermagem, caracterizado pela coleta de dados. Todavia,

devido à grande demanda do profissional enfermeiro, há resistência quanto a implantação do instrumento, pois acreditam que o uso do *checklist* será somado a tantas outras tarefas que precisam ser executadas.

Os itens analisados no grupo focal apontaram falhas na sistematização da assistência de enfermagem, o que pode estar relacionado a protocolos mal definidos, dimensionamento da equipe de enfermagem reduzida, levando à reflexão da qualidade da assistência prestada.

O instrumento tem informações relevantes, o que poderá agilizar o processo de internação, além de substituir o histórico de enfermagem, que é realizado de forma redigida, para o formato proposto no checklist, com as escalas utilizadas em prontuário eletrônico.

O *checklist* poderá nortear o profissional enfermeiro, com uma visão integral do paciente. Portanto, se faz necessário que os serviços de enfermagem invistam na construção e validação de instrumentos que contribuam com a coleta de dados, promovendo, portanto, a adesão de uma etapa ímpar para continuidade da assistência, respeitando a singularidade de cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. O Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental. Genebra; 2005.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
2. Sociedade Brasileira de AVC. Números do AVC no Brasil e no Mundo. Brasil, 2023 (acessado em 14/01/2023). Disponível em:
<https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-no-mundo/>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília, 2012 (acessado em: 02/11/2021). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PR_T0665_12_04_2012.html
4. Linha de cuidados do acidente vascular cerebral - Rede de urgência e emergência. Secretaria da Saúde. Joinville - SC, 2021. http://abavc.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Linha_de_Cuidado_do_AVC.pdf
5. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 (acessado em: 02/02/2022). Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/)
6. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. Esc Anna Nery 2013;17:313-21. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200016>
7. Neves RS. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta. Rev Bras Enferm 2006;59:556-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400016>
8. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
9. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. - versão web [Internet]. Brasília: Cofen; 2016. <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
10. Silva VAD, Mota RS, Oliveira LS, Jesus ND, Carvalho CMD, Magalhães LGDS. Auditoria da qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários em um hospital universitário. Enferm foco 2019;10:28-33. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2064>
11. Moro CHC, Diegoli H, Fernandes LP, Magalhães PSC, Rocha ETR, Liberato RB, *et al.* Fórum regional do AVC. Associação Brasil AVC, 2017. http://abavc.org.br/wp-content/uploads/2019/06/caderno_v7.pdf
12. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde debate 2016;40:292-301. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 13a. ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
14. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
15. Diegoli H, Magalhães PSC, Martins SCO, Moro CHC, França PHC, Safanelli J, *et al.* Decrease in Hospital Admissions for Transient Ischemic Attack, Mild, and Moderate Stroke During the COVID-19 Era.

- Stroke 2020;51:2315-21.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.030481>
16. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 54p.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf
17. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (acessado em: 05/03/2022). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/diretrizes-de-atencao-a-reabilitacao-da-pessoa-com-acidente-vascular-cerebral.pdf/view>
18. Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr 2006;64:690-7.
<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>
19. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos e dá outras providências.
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
20. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto contexto enferm 2008;17:690-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
22. Jaqueline LJ, Carlos PN. Acidente vascular encefálico: Trombectomia mecânica ou trombólise química. Rev Med Fam Saúde Mental 2019;1:66-78.
<https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/medicinafamiliasaude/mental/article/view/1575/627>
23. Rolim CLRC, Martins M. O uso de tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2012;15:179-87.
<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100016>
24. Koizumi MS, Diccini S. Enfermagem em neurociência: fundamentos para a Prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2006.
25. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e *Modified Early Warning Score*. Rev Gaúcha Enferm 2019;40(esp):e20180341. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>
26. Silva R, Ribeiro A, Marinho C, Carvalho I, Ribeiro R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. Rev Enferm UERJ 2012;20:267-73. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/1552/2870>
27. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde.

J Nurs Health 2020;10:e20102001.
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15083/11183>

28. Manteufel HMS, Mendes LS, Sancanari LGR. Assistência de enfermagem e humanização em paciente no pós AVC. RSM 2020;5:55-61.

<http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/68>

29. Martins de Oliveira JH, Costa Cabanha MW, Oliveira Pereira T, Anjolin Lescano F, Brandão Lopes EF, Szulczewski Antunes da Silva L, *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular cerebral. PECIBES 2020;5:44.

<https://trilhasdahistoria.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/10311>