



QUALIDADE DOS CUIDADOS AO DOENTE COM AVC

DIANA ISABEL DIAS OLIVEIRA

6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Leiria, abril de 2020



**QUALIDADE DOS CUIDADOS AO DOENTE COM AVC:
O IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO FESS
(FEVER, SUGAR, SWALLOW)**

Dissertação de Mestrado

DIANA ISABEL DIAS OLIVEIRA

6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Quaresma

Leiria, abril de 2020

- Quem está nas trincheiras ao teu lado?

- E isso importa?

- Mais do que a própria guerra.

Ernest Hemingway

AGRADECIMENTOS

Quem imaginaria que, nos meses que já se esperava serem dos mais desgastantes e desafiantes, ainda se complicariam mais com a chegada de algo invisível que conseguiu parar o mundo! Esta dissertação de mestrado surge não apenas como conclusão de uma etapa do percurso académico, mas também como superação de um enorme desafio na minha vida pessoal e profissional, que só foi possível com o precioso apoio daqueles a quem quero agradecer.

Ao Professor Doutor José Carlos Quaresma, orientador da dissertação, por toda a disponibilidade, empenho e dedicação, mas sobretudo, por me guiar neste trabalho de investigação e não me deixar perder o rumo.

Ao Centro Hospitalar de Leiria, por conceder autorização para realizar o estudo, bem como toda a equipa internacional do projeto QASC, em especial à Prof. Sandy Middleton e à Prof. Cláudia Queiroga (*ANGELS Initiative*).

À Enfermeira-Chefe Teresa Peralta, que foi fundamental na concretização deste projeto académico e também profissional. Sem a sua crença na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, nunca teríamos embarcado neste projeto.

A toda a equipa de Enfermagem, Médica e demais profissionais da UCAP: obrigada por colaborarem comigo, enquanto colegas e amigos e por prestarem os melhores cuidados aos nossos doentes, mesmo nos momentos mais difíceis e desesperantes.

Um agradecimento especial a todos os doentes e familiares que participaram no estudo, pois sem eles, nada disto seria possível.

Às minhas amigas, Ângela Pragosa, Andreia Quintino, Andreia Parreiras e Edna Santos, companheiras neste mestrado. Por todos os momentos de estudo, trabalho, partilha, riso e acima de tudo, motivação ao longo destes últimos anos.

À minha família e amigos, particularmente ao Michael, aos meus pais, irmãos e cunhados: pelo apoio incondicional, por toda a paciência, preocupação, carinho e motivação em todos os momentos e por nunca me deixarem desistir. E claro, aos meus sobrinhos: obrigada pelos melhores sorrisos e abraços!

A todos os que fizeram parte desta longa jornada, o meu sincero obrigada!

RESUMO

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é considerado a segunda causa de morte a nível mundial e a principal responsável pela incapacidade adquirida. A febre, a hiperglicemia e a disfagia são complicações frequentes nos doentes com AVC e indicadores de pior prognóstico. O estudo QASC (*Quality in Acute Stroke Care*), na Austrália, concluiu que a iniciativa de Enfermagem na implementação de protocolos para avaliar e gerir a febre, a hiperglicemia e a deglutição contribui para a redução da morte e a dependência após AVC. O presente documento apresenta os resultados de um estudo que teve por objetivo avaliar o impacto da implementação dos protocolos FeSS (*Fever, Sugar, Swallow*) nos doentes com AVC internados numa Unidade de AVC de uma instituição da zona Centro de Portugal.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-comparativo, longitudinal prospetivo, quase experimental. As amostras foram constituídas por 46 doentes antes da implementação do protocolo e por 42 doentes após a implementação do protocolo.

Resultados e Conclusões: Verificou-se uma reduzida percentagem de cumprimento do protocolo FeSS mesmo após a sua implementação. Ainda assim, destaca-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos relativamente ao cumprimento do protocolo de monitorização da temperatura, com maior número de doentes monitorizados de acordo com o protocolo no segundo grupo. Foi constatado que existem diferenças estatisticamente muito significativas dos valores do índice de *Barthel* entre o momento da alta e três meses após o AVC, tanto nos doentes em que foi implementado o protocolo FeSS como nos que não foi aplicado. Os doentes dos dois grupos apresentaram valores significativamente mais elevados do índice de *Barthel* após 3 meses da ocorrência do AVC. Relativamente aos valores da escala de *Rankin* modificada (funcionalidade) entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em ambos os grupos.

Em conclusão podemos referir que, na amostra estudada, não se verificaram benefícios significativos nos graus de independência e funcionalidade dos doentes com AVC com a implementação do protocolo FeSS.

Palavras-chave: AVC, Febre, Hiperglicemia, Disfagia, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Stroke is considered the world's second leading cause of death and foremost responsible for acquired disability. Fever, hyperglycaemia and dysphagia are frequent complications in stroke patients and indicators of poorer prognosis. The QASC (Quality in Acute Stroke Care) study, in Australia, concluded that Nursing's initiative in implementing protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction contribute to a reduced death rate and incapacity after stroke.

This document presents the results of a study that aimed to evaluate the impact of the implementation of FeSS protocols (Fever, Sugar, Swallow) on stroke patients admitted to the Stroke Unit of an institution in the central region of Portugal.

Methodology: Longitudinal prospective, descriptive comparative quantitative study, almost experimental. The samples are built out of a universe of 46 patients admitted before the implementation of the protocol and 42 patients after the implementation of the protocol.

Results and conclusions: There was a reduced percentage of compliance with the FeSS protocol even after its implementation. Nevertheless, a statistically significant relationship ($p < 0.05$) stands out in compliance with the temperature monitoring protocol, with a higher number of patients monitored according to the protocol in the second group.

It was found that there are statistically very significant differences in Barthel index values between the time of discharge and the three months after stroke, both in patients the whom the FeSS protocol was followed and those where no specific protocol was applied. Patients in both groups have significantly higher Barthel index values 3 months after the stroke.

Regarding the values of the modified Rankin scale (functionality) between the moment of discharge and the three months after having a stroke, it was found that there are no statistically significant differences between both groups.

In conclusion, we can mention in this study, the implementation of the FeSS protocol did not translate into significant benefits in the degrees of independence and functionality of stroke patients.

Keywords: Stroke, Fever, Hyperglycemia, Dysphagia, Nursing Care

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AHA – *American Heart Association*

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ANGELS - *Acute Networks Striving for Excellence in Stroke*

ASHA - *American Speech-Language Hearing Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CNDP - Comissão Nacional da Proteção de Dados

D.P. - Desvio Padrão

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

EAT-10- *Eating Assessment Tool*

ESO – *European Stroke Organization*

FA – Fibrilhação Auricular

FAST – *Face, Arms, Speech, Time*

FeSS – *Fever, Sugar, Swallow*

FOIS - *Functional Oral Intake Scale*

FT - Fisioterapia

GUSS - *The Gugging Swallowing Screen*

H - Hipótese

HABLO – Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes Oliveira

HDP – Hospital Distrital de Pombal

HFF – Hospital da Figueira da Foz

HSA – Hospital Santo André

HTA – Hipertensão Arterial

Md - Mediana

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

mRankin – Escala de *Rankin* modificada

mRS – Escala de *Rankin* modificada

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

NNT – Número necessário para tratar

NRI – *Nursing Research Institute*

OMS - Organização Mundial da Saúde

QASC – *Quality in Acute Stroke Care*

QASCIP - *Quality in Acute Stroke Care Implementation Project*

RES-Q - *Registry of Stroke Care Quality*

RM – Ressonância Magnética

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

rtPA - Ativador do Plasminogénio tecidual recombinante

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

TC – Tomografia computadorizada

TF – Terapia da Fala

TO – Terapia Ocupacional

TRIDIS - Teste Rápido de Identificação de Disfagia

TTD – Teste de Triagem da Disfagia

UAVC – Unidade de AVC

UC – Unidade de Convalescença

UCAP – Unidade de Cuidados Agudos Polivalente

ULDMD – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

VVAVC – Via Verde AVC

WHO – *World Gastroenterology Organization*

X_{máx} - Máximo

X_{min} – Mínimo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	19
1.2. CUIDADOS AO DOENTE COM AVC	23
1.2.1. Projeto QASC Europa	29
1.2.2. Protocolo FeSS (<i>Fever, Sugar, Swallow</i>)	32
2. METODOLOGIA	43
2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES	43
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
2.3. INSTRUMENTO	47
2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	50
2.5. TRATAMENTO DE DADOS	52
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS DOENTES EM ESTUDO	53
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS NA UAVC	61
3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DURANTE TODO O INTERNAMENTO ATÉ À ALTA HOSPITALAR	74
3.4 AVALIAÇÃO DO DOENTE AO TRÊS MESES APÓS O EVENTO	83
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	90
CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO FESS (*FEVER, SUGAR, SWALLOW*) FEBRE, GLICÉMIA E DISFAGIA

APÊNDICE II – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: QUALIDADE DOS CUIDADOS AO DOENTE COM AVC:

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO FESS NA UAVC-UCAP

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS ADAPTADO AO PRESENTE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

APÊNDICE IV – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO À RESPONSÁVEL DO PROJETO QASC

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

ANEXOS

ANEXO I – ETAPAS DO PROJETO QASC EUROPA

ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO PROJETO QASC E RESPECTIVO
DICIONÁRIO DE DADOS

ANEXO III – AUTORIZAÇÕES FORMAIS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração AVC Isquémico e AVC Hemorrágico	21
Figura 2 - Significado clínico dos diferentes tratamentos para o AVC, tendo em conta a redução de risco absoluto	30
Figura 3 - Desenho/cronograma do estudo	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais e sintomas de disfagia	35
Tabela 2 - Protocolo de insulina de ação curta de administração subcutânea, em vigor no CHL	41
Tabela 3 - Premissas para cumprir o protocolo FeSS	49
Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto à idade (anos) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	53
Tabela 5 - Distribuição da idade por classes e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	54
Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao género e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	54
Tabela 7 - Caracterização do intervalo de tempo entre o início de sintomas e a admissão hospitalar (dias, horas e minutos) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	55
Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à capacidade de caminhar de forma independente na admissão hospitalar	55
Tabela 9 - Distribuição dos fatores de risco da amostra.....	56
Tabela 10 - Distribuição dos serviços de urgência a que os doentes recorreram	57
Tabela 11 - Distribuição dos doentes transferidos ao CHUC após admissão no serviço de urgência e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	57
Tabela 12 - Distribuição dos doentes quanto ao registo do NIHSS e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	58
Tabela 13 - Caracterização do NIHSS e respetiva comparação entre grupos através do teste <i>T Student</i>	58
Tabela 14 - Distribuição do grau de severidade (NIHSS em classes)	58

Tabela 15 - Distribuição dos doentes quanto ao registo do <i>mRankin</i> antes do AVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	59
Tabela 16 - Caracterização do <i>mRankin</i> prévio ao evento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	59
Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto ao tipo de AVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de <i>Fisher</i>	60
Tabela 18 – Distribuição dos doentes com AVC isquémico que realizaram fibrinólise e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	60
Tabela 19 – Distribuição doentes com AVC isquémico que realizaram tromboectomia e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	60
Tabela 20 - Distribuição face ao internamento em Unidade de AVC	61
Tabela 21 - Caracterização do intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e a admissão na UCAP-UAVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	61
Tabela 22 - Caracterização do intervalo de tempo entre a início de sintomas e a admissão na UCAP-UAVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	62
Tabela 23 - Caracterização do Índice de <i>Barthel</i> na admissão da UAVC-UCAP e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	62
Tabela 24 - Distribuição do grau de dependência (<i>Barthel</i>) na admissão à UAVC-UCAP	63
Tabela 25 - Distribuição quanto à avaliação da temperatura pelo menos 4 vezes ao dia, nos três primeiros dias de internamento	63
Tabela 26 - Distribuição dos doentes que tiveram temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ nas primeiras 72 horas de internamento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	64
Tabela 27 - Distribuição dos doentes que tiveram temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ e que foi administrado Paracetamol e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	64
Tabela 28 - Distribuição dos doentes que fizeram Paracetamol e se este foi administrado na primeira hora após avaliação e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de <i>Fisher</i>	64
Tabela 29 - Distribuição da monitorização e tratamento da febre e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	65

Tabela 30 - Distribuição dos doentes quanto à avaliação da glicémia através de análise laboratorial na admissão hospitalar.....	66
Tabela 31 - Distribuição dos doentes quanto à avaliação da glicémia capilar na admissão hospitalar.....	66
Tabela 32 - Distribuição quanto à avaliação da glicémia capilar pelo menos 4 vezes ao dia, nos três primeiros dias de internamento.....	67
Tabela 33 - Distribuição dos doentes que tiveram glicémia capilar $\geq 180\text{mg/dl}$ nas primeiras 48 horas de internamento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	67
Tabela 34 - Distribuição dos doentes que tiveram glicémia capilar $\geq 180\text{mg/dl}$ e que foi administrada insulina e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de <i>Fisher</i>	67
Tabela 35 - Distribuição dos doentes que tiveram glicémia capilar $\geq 180\text{mg/dl}$ e que foi administrada insulina.....	68
Tabela 36 - Distribuição quanto monitorização e tratamento da hiperglicémia e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	68
Tabela 37 - Distribuição dos doentes que realizaram teste de deglutição (por Enfermeiro) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de <i>Fisher</i>	69
Tabela 38 - Distribuição dos doentes que realizaram teste de deglutição nas primeiras 24 horas após admissão hospitalar (por Enfermeiro).....	69
Tabela 39 - Distribuição dos doentes a quem foi realizado teste da deglutição antes da administração de medicação via oral e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	70
Tabela 40 - Distribuição dos doentes a quem foi realizado teste da deglutição antes da administração de alimentos e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	70
Tabela 41 - Distribuição dos doentes que passaram no teste de deglutição (sem compromisso da deglutição) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	71
Tabela 42 - Distribuição dos doentes que não passaram no teste de deglutição (compromisso da deglutição) e que foram avaliados pelos profissionais da MFR.....	71

Tabela 43 - Distribuição dos doentes que realizaram avaliação de deglutição por profissionais da MFR e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado* 72

Tabela 44 - Distribuição dos doentes que realizaram avaliação de deglutição pelos profissionais da MFR e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher* 72

Tabela 45 - Distribuição dos doentes sem compromisso da deglutição após avaliação pela Terapeuta da Fala/MFR e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher* 72

Tabela 46 - Distribuição dos doentes a quem foi detetado compromisso da deglutição por Enfermeiros e pela Terapia da Fala/Fisiatra, através da aplicação do teste exato de *Fisher*.. 72

Tabela 47 - Distribuição quanto monitorização da disfagia e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado* 73

Tabela 48 - Distribuição dos doentes a quem foi cumprido o todo o protocolo FeSS e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher* 73

Tabela 49 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela MFR durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado* .. 74

Tabela 50 - Caracterização dos intervalos de tempo entre a admissão na UAVC-UCAP e a avaliação pela avaliação pela MFR (dias, horas e minutos) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student* 74

Tabela 51 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela Fisioterapeuta durante o internamento hospitalar 75

Tabela 52 - Caracterização do número de sessões realizadas de Fisioterapia durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student* 75

Tabela 53 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela Terapeuta da Fala durante o internamento hospitalar 76

Tabela 54 - Caracterização do número de sessões realizadas de Terapeuta da Fala durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student* 76

Tabela 55 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela Terapeuta Ocupacional durante o internamento hospitalar 76

Tabela 56 - Caracterização do número de sessões realizadas de Terapeuta Ocupacional durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	77
Tabela 57 - Distribuição dos doentes com registo de disfagia ao longo do internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i> ..	77
Tabela 58 - Distribuição dos doentes com registo de pneumonia de aspiração ao longo do internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de <i>Fisher</i>	77
Tabela 59 - Distribuição dos doentes com diagnóstico de fibrilhação auricular de novo e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de <i>Fisher</i>	78
Tabela 60 - Distribuição dos doentes capazes de caminhar por si próprio aquando da alta (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)	78
Tabela 61 - Distribuição dos doentes quanto ao registo do <i>Rankin</i> na alta hospitalar	79
Tabela 62 - Caracterização do <i>mRankin</i> na alta hospital	79
Tabela 63 - Caracterização do Índice de <i>Barthel</i> na alta hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	80
Tabela 64 - Distribuição do grau de dependência (<i>Barthel</i>) na alta hospitalar	80
Tabela 65 - Caracterização do número dias de internamento na UAVC-UCAP) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	81
Tabela 66 - Distribuição dos destinos após alta da UAVC-UCAP	81
Tabela 67 - Caracterização do número dias de internamento Hospitalar) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	82
Tabela 68 - Distribuição dos destinos na alta hospitalar	82
Tabela 69 - Distribuição dos doentes que foi possível contactar aos três meses	83
Tabela 70 - Distribuição de quem respondeu ao contato aos três meses após o evento.....	83
Tabela 71 - Distribuição dos locais onde permaneceram após a alta hospitalar	84
Tabela 72 - Distribuição dos profissionais que acompanharam os doentes após a alta hospitalar.....	84
Tabela 73 - Caracterização do <i>mRankin</i> aos 3 meses após o evento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	85

Tabela 74 - Distribuição da avaliação funcional aos 3 meses o evento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>Qui Quadrado</i>	85
Tabela 75 - Aplicação do teste <i>T Student</i> para amostras emparelhadas para comparação do <i>Rankin</i> na alta e aos três meses entre os grupos antes e o grupo após a implementação dos protocolos	86
Tabela 76 - Caracterização do Índice de <i>Barthel</i> aos 3 meses e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste <i>T Student</i>	86
Tabela 77 - Distribuição do grau de dependência (<i>Barthel</i>) três meses após o evento	87
Tabela 78 - Aplicação do teste <i>T Student</i> para amostras emparelhadas para comparação do Índice de <i>Barthel</i> na alta e aos três meses entre os grupos antes e o grupo após a implementação dos protocolos	87
Tabela 79 - Distribuição dos doentes com disfagia durante os 3 meses o evento	88
Tabela 80 - Distribuição dos doentes com disfagia que melhorou	88
Tabela 81 - Distribuição dos doentes que referem complicações médicas após a alta hospitalar	89
Tabela 82 - Distribuição das complicações médicas após a alta hospitalar	89
Tabela 83 - Distribuição dos doentes internamento de novo após a alta	89
Tabela 84 - Distribuição dos motivos de internamento	89

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte em Portugal. Estima-se que a cada hora, seis pessoas sofrem um AVC e duas a três morrem por esta doença (Direção Geral de Saúde, 2017a; Sá, 2009). Apesar de, a nível mundial, se verificar uma diminuição da morte e incapacidade associada a doenças cérebro-vasculares, estas continuam entre as primeiras causas de mortalidade e morbidade (Direção Geral de Saúde, 2017).

A prevenção, a identificação precoce dos sinais de alerta, a diminuição dos riscos e complicações relacionadas com o AVC são fundamentais. É de extrema importância a intervenção especializada de Enfermagem, para que os cuidados sejam de elevada qualidade. A qualidade dos cuidados na fase aguda e a intervenção precoce é vital para um melhor *outcome* neurológico (Davis & Lockhart, 2016; Marques, 2018).

A febre, hiperglicemia e disfagia são complicações frequentes em doentes com AVC e são indicadores de pior prognóstico. Em 2011, um grupo de investigadores na Austrália realizou um estudo randomizado (QASC - *Quality in Acute Stroke Care*), com 1696 participantes, demonstrando que a intervenção de Enfermagem na avaliação e gestão da febre, da hiperglicemia e da deglutição (protocolos FeSS – *Fever, Sugar, Swallow*) após AVC, diminui a morte e a dependência em 16% (Middleton et al., 2011).

Dados os resultados da aplicação destes protocolos, justifica-se a pertinência da replicação destas boas práticas, com vista a melhorar o seu prognóstico após o AVC.

A *European Stroke Organisation* (ESO) e a *ANGELS Initiative (Acute Networks Striving for Excellence in Stroke)*, em parceria com o *Nursing Research Institute* (NRI), promovem, junto das Unidades das AVC de toda a Europa, a participação no projeto QASC Europa, com o intuito de incentivar e avaliar a implementação dos protocolos clínicos para gestão da febre, hiperglicemia e deglutição (protocolo FeSS). Em junho de 2019, a Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP), onde se insere a Unidade de AVC (UAVC) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), iniciou a sua participação no referido projeto QASC, o qual estabelece o ponto de partida para a realização do presente trabalho de investigação.

A avaliação e prestação de cuidados ao doente com AVC baseada na evidência científica são fundamentais, produzem conhecimento, sustentando as intervenções, no sentido da qualidade dos cuidados de excelência com impacto no *outcome* do doente com AVC. Os Enfermeiros têm um papel elementar na aplicação de modelos de cuidado multidisciplinar, melhorando a aceitação da prática baseada na evidência por parte dos profissionais. A investigação na área do acidente vascular cerebral liderada por Enfermeiros é fundamental para melhorar os cuidados de Enfermagem com base na evidência científica. (Middleton, Grimley & Alexandrov, 2015, Marques, 2018)

A investigação em Enfermagem tem um papel fulcral na criação de uma base científica para orientar a prática de cuidados e que origina a descoberta e implementação de conhecimentos específicos em ciências de Enfermagem (Fortin, 1999). Enquanto profissionais, as decisões que são baseadas na reflexão, verificam-se mais adequadas quanto maior for a fundamentação no conhecimento científico (Almeida & Freire, 2017). Segundo Benner, os Enfermeiros devem desenvolver uma base de conhecimentos da sua prática, por intermédio da investigação científica e observação, registando e desenvolvendo os saberes do exercício da sua profissão. “A teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria” (Tomey & Alligood, 2004, p. 187).

A Ordem dos Enfermeiros define como competência do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo fundamental que este esteja desperto para identificar e responder perante possíveis focos de instabilidade. Como tal, é crucial que o Enfermeiro Especialista esteja preparado para agir perante o doente com acidente vascular cerebral, prevenindo toda e quaisquer complicações que possam advir desse défice neurológico. Assim, realizar investigação nesta área tão problemática, trará benefícios tanto aos profissionais como aos doentes que necessitam de cuidados.

Face ao exposto, considera-se esta temática relevante para a realização do trabalho de investigação no âmbito da do plano curricular do 6º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, como Dissertação de Mestrado, para obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o impacto da implementação os protocolos FeSS (*Fever, Sugar, Swallow*) nos doentes com AVC internado na Unidade de AVC de uma instituição da zona centro de Portugal. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-comparativo, longitudinal prospetivo, quase experimental, com o intuito de testar as seguintes hipóteses: a funcionalidade do doente aos três meses após AVC melhora com a implementação do protocolo FeSS e a independência do doente aos três meses após AVC melhora com a implementação do protocolo FeSS.

As amostras foram constituídas por 46 doentes antes da implementação do protocolo e por 42 doentes após a implementação do protocolo FeSS.

A estrutura estabelecida para o desenvolvimento deste trabalho de investigação envolve a subdivisão em capítulos. No primeiro capítulo, encontra-se o enquadramento teórico face aos temas abordados e à problemática definida. A revisão da literatura existente torna-se um método enriquecedor, uma vez que esta traduz a aquisição e consolidação de conhecimentos, bem como o levantamento de inúmero de artigos e publicações nesta área. Esta pesquisa direcionou-se para a área do Acidente Vascular Cerebral e sobre o impacto da febre, hiperglicemia e da disfagia após o AVC.

No segundo capítulo, será abordada a metodologia de investigação realizada, com apresentação dos objetivos definidos, as questões de investigação/hipóteses, população e amostra, instrumentos a utilizar, procedimentos formais e éticos e a previsão do tratamento de dados. São apresentados e analisados os dados recolhidos para o estudo no terceiro capítulo, através de tabelas, sendo discutidos os resultados obtidos no quarto capítulo. No quinto e último capítulo, são apresentadas as considerações finais de investigação e as principais conclusões retiradas do estudo. Para findar este documento, apresentam-se as referências bibliográficas que suportam teoricamente este projeto.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, será abordada a temática em estudo, iniciando com uma breve revisão teórica sobre o acidente vascular cerebral, seguido de uma apresentação do projeto QASC, com enfoque na febre, na hiperglicemia e na disfagia após o AVC.

1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

As doenças cérebro-vasculares são um problema de saúde pública relevante que atinge os países de forma transversal, independentemente do seu desenvolvimento económico (Direção Geral de Saúde, 2017a). O acidente vascular cerebral afeta cerca de 15 milhões de pessoas em todo o mundo e é considerada a segunda causa de morte a nível mundial e ocupa o lugar cimeiro responsável pela incapacidade adquirida (Fonseca et al., 2016; Nimako-doffour & Steinfurth, 2016).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico refere que “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na maioria dos estados membros da União Europeia” (Direção Geral de Saúde, 2017b, p. 5), sendo que a doença isquémica cardíaca e as doenças cérebro-vasculares somaram 60% das causas de morte cardiovasculares, nesta região, em 2010.

O AVC totaliza 12% dos óbitos em Portugal (Fonseca et al., 2016). Estima-se que seis pessoa por hora sofrem um AVC e, conseqüentemente, duas a três culminam em morte (Sá, 2009). Contudo, segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (Direção-Geral de Saúde, 2017), em Portugal, verificou-se uma redução significativa da mortalidade associada a doenças cerebrovasculares (19,7%), existindo especialmente uma redução de 39% das mortes por Acidente Vascular Cerebral Isquémico, em doentes com menos de 70 anos (entre 2011 e 2015). Também a Direção Geral de Saúde (2017b, p.18) refere que “os dados atuais sobre a morbilidade e mortalidade a nível mundial, revelam um decréscimo da doença isquémica do coração e AVC mas, apesar desta realidade e sobretudo nos países ocidentais, as doenças vasculares continuam a estar entre as primeiras causas de morte e incapacidade”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) define AVC como um compromisso neurológico de desenvolvimento súbito, com manifestações clínicas focais ou globais, que

perduram mais de 24 horas e de provável origem vascular. Este défice neurológico resulta de insuficiência aguda do fluxo sanguíneo cerebral, seja por uma oclusão arterial devido à formação de um trombo ou migração de um êmbolo, ou ainda, por rutura de um vaso sanguíneo.

Segundo a OMS (2006), os AVC podem ser classificados como isquémicos, hemorragia intracerebral ou hemorragia subaracnoide. (Barros *et al.*, 2009; OMS, 2006). Na definição de AVC supracitada a OMS exclui os acidentes isquémicos transitórios (AIT), uma vez que os sintomas neurológicos são inferiores a 24 horas, bem como exclui a hemorragia subdural e/ou epidural, as intoxicações e sintomas associados a traumatismos.

O AVC isquémico (Figura 1) surge por uma oclusão súbita de artérias que irrigam o cérebro, seja devido a formação de um trombo no local da oclusão (trombótico), seja através da migração de um trombo formado em outra parte da circulação até obstruir artérias cerebrais. Os AVC isquémicos são responsáveis por, aproximadamente, 80% dos casos de AVC. Inclui a embolia cerebral (cerca de 30% dos casos), a trombose de grandes artérias (aproximadamente 30%) e a trombose de pequenos vasos arteriais (aproximadamente 20%), a qual também é conhecida como AVC do tipo lacunar (Okubo, 2008; OMS, 2006).

Os AVC hemorrágicos (Figura 1) traduzem cerca 20% dos casos, englobando as hemorragias intracerebrais (cerca de 14%) e as hemorragias subaracnoídeas (por volta dos 6%) (Okubo, 2008). A hemorragia intracerebral, segundo a OMS (2006) resulta de um sangramento de uma das artérias no tecido cerebral enquanto que a hemorragia subaracnoide designa uma hemorragia arterial entre as meninges pia-máter e aracnoide, manifestado por cefaleia intensa de início súbito e geralmente com alteração do estado de consciência.

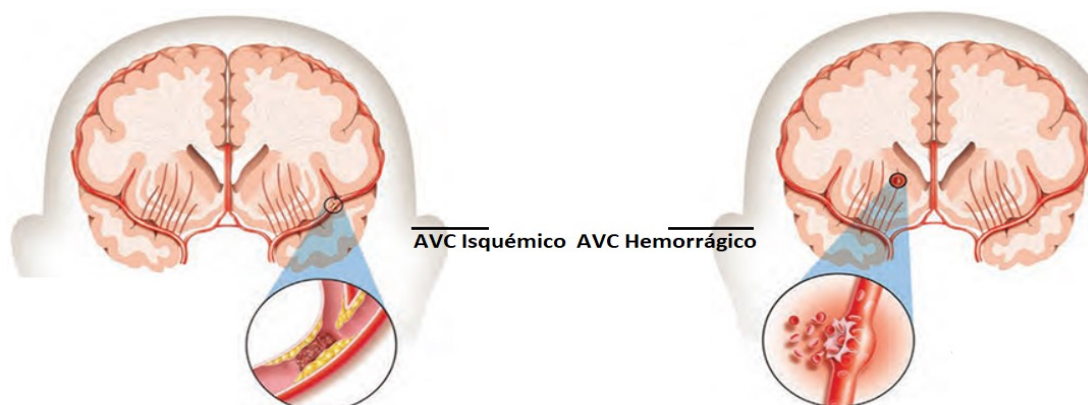


Figura 1 - Ilustração AVC isquémico e AVC hemorrágico ¹

Face à dimensão epidemiológica dos dados apresentados, torna-se cada vez mais importante o controlo dos fatores de risco vasculares modificáveis, principalmente a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* (DM) o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, e ainda, os hábitos alimentares (baixo consumo de frutas e verduras), a obesidade/sobrepeso, o sedentarismo, diversas vezes interrelacionadas (Direção Geral de Saúde, 2017a; OMS, 2006). Existem ainda outros fatores de risco modificáveis, referidos por Ferreira, Pita, Ferreira e Rodrigues (2006), tais como a dislipidemia, a fibrilhação auricular (FA), a estenose carotídea, acidente isquémico transitório ou AVC prévio, doença das células falciformes e a terapia hormonal de substituição. Conhecer os fatores de risco para AVC possibilita agir na prevenção primária e secundária (Rodrigues, Santana, & Galvão, 2017).

Contudo, o risco de AVC está também associado a fatores de risco não modificáveis, como a idade e o sexo (idade avançada e sexo masculino associados a um maior risco), os antecedentes familiares/genética, a origem geográfica e a etnia (Nimako-doffour & Steinfurth, 2016; OMS, 2006; Rodrigues et al., 2017).

Um estudo realizado por O'Donnell et al., em 2010 (citado por Nimako-doffour & Steinfurth, 2016) revela que cinco fatores podem explicar mais de 80% do risco global de AVC: hipertensão, tabagismo, dieta, obesidade abdominal e atividade física, referindo ainda que a presença de mais de um fator, aumenta exponencialmente o risco de ter um acidente vascular cerebral. É importante ainda destacar que a hipertensão arterial é considerada o

¹ Adaptado de AHA - 2020 - The known and unknown of stroke infographic. (n.d.). Retrieved Abril 25, 2020, from <https://www.stroke.org/en/professionals/stroke-resource-library/post-stroke-care/the-known-and-unknown-of-stroke-infographic>

fator de maior risco para o AVC, sendo o seu controlo a forma mais eficaz de prevenir um acidente vascular cerebral (Nimako-doffour & Steinfurth, 2016).

Em relação à hipercolesterolemia, a OMS (2006) refere que há evidência que níveis mais baixo de colesterol podem estar associados a um menor risco de AVC isquémico, mas podem estar associados a incidência maior de AVC hemorrágico.

Para além do controlo dos fatores de risco é crucial a deteção precoce dos sinais e sintomas de possível AVC e reagir o mais rápido possível, a fim de garantir o melhor tratamento de forma atempada. O tempo decorrido entre a manifestação inicial dos sintomas e o pedido de ajuda diferenciada poderá dever-se não só ao défice de conhecimento dos sintomas e do seu impacto, mas também à expectativa do desaparecimento dos próprios sintomas ou por rejeição dos mesmos. Como tal, torna-se fulcral programas de educação da população para literacia em saúde, nomeadamente no reconhecimento dos sintomas de AVC (Ringleb et al., 2008b).

A Direção Geral de Saúde (2017a) alerta para a surgimento de sinais que levam a suspeitar de imediato de AVC, como a dificuldade em falar (disartria/afasia), a boca ao lado (desvio da comissura labial/parésia facial) e a falta de força num membro (parésia), de forma a consciencializar a população para a deteção precoce desta patologia. A *National Stroke Association* (2013, referido por Nimako-doffour & Steinfurth, 2016) difunde que perante os sinais de AVC, se deve agir depressa (*FAST*), tendo esta palavra como mnemónica para os sinais de alerta: *Face, Arms, Speech, Time*, ou seja, face, braços, fala e tempo. É de destacar a noção do tempo, que pode ter um impacto no tratamento e recuperação após o AVC. “Tempo é cérebro”, dado que quanto mais rapidamente um doente aceder aos cuidados diferenciados, mais tecido cerebral pode ser resgatado, com maior probabilidade de minimizar as sequelas (Min, 2010). O intervalo de tempo entre a manifestação dos primeiros sintomas e o pedido de ajuda é a principal causa de atraso no socorro pré-hospitalar, muitas vezes associada a falta de reconhecimentos dos sintomas de AVC (Fonseca et al., 2016)

Os sintomas mais comuns de AVC podem incluir: comprometimento motor e/ou sensorial unilateral ou bilateral, afasia/disfasia, hemianopsia, desvio conjugado do olhar, apraxia, ataxia e/ou défice de perceção de início agudo (OMS, 2006).

A OMS (2006) refere ainda que podem surgir sintomas, inespecíficos para o diagnóstico, dado a sua possível associação a outras doenças, tal como a vertigem, a cefaleia, alterações visuais, como a diplopia ou visão embaçada, confusão, convulsões, disartria e disfagia. Alguns autores agrupam os défices por: paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais (Silva, 2010).

Os doentes com suspeita de AVC devem ser rapidamente transportados para o hospital mais próximo e de preferência com unidade de AVC, capaz de oferecer tratamento adequado e o mais precoce possível (Ringleb et al., 2008b). A cada 30 minutos, um doente com AVC que poderia ter sido salvo, morre ou fica permanentemente incapacitado, porque ser tratados no hospital errado (Ylikotila, Roine, & Middleton, 2017)

1.2. CUIDADOS AO DOENTE COM AVC

O diagnóstico e o tratamento emergentes devem ser rapidamente implementados para prevenir a hipoxia do tecido cerebral e a morte (Davis & Lockhart, 2016). Poderemos dividir as fases de tratamento em três grandes momentos: fase hiperaguda (<24 horas), fase aguda (24 horas até 15 dias) e a fase pós aguda (de reabilitação e no período após alta) (Fonseca et al., 2016).

Na fase hiperaguda espera-se o diagnóstico rápido, implementação de medidas terapêuticas com intuito de reperfusão (seja trombólise endovenosa e/ou trombectomia mecânica), para além da manutenção da via aérea/respiratória e hemodinâmica do doente (Fonseca et al., 2016)

As intervenções de Enfermagem na abordagem inicial ao doente com AVC centram-se na manutenção da via aérea, respiração e à circulação como objetivo primário (Davis & Lockhart, 2016), comumente designada por avaliação ABC (*A-Airway maintenance with cervical spine control; B-Breathing; C-Circulation with haemorrhage control*) (Direção Geral de Saúde, 2017).

A avaliação do doente com suspeita de AVC, deve incluir uma colheita de dados rigorosa, incluindo a hora e circunstâncias do início dos sintomas, bem como recolha do historial

médico, um exame objetivo do doente, avaliação física e exame neurológico. (Direção Geral de Saúde, 2017a).

Para a avaliação clínica do doente com alterações neurológicas existem várias escalas que podem ser utilizadas, uma vez que o exame neurológico inicial deve ser breve, mas minucioso (Jauch et al., 2013). Dentre elas, destaca-se a escala proposta pelo *National Institutes of Health*, escala de *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) é usada exclusiva e frequentemente como método de triagem e para a avaliação dos défices neurológicos dos doentes com suspeita de AVC (Okubo, 2008). O NIHSS foi desenvolvido para ajudar Enfermeiros e médicos a identificar objetivamente a gravidade do AVC. Com uma pontuação que varia entre 0 e 42, estando os valores mais elevados de NIHSS correlacionados com o tamanho do enfarte tanto numa tomografia computadorizada (TC) como na ressonância magnética (RM) (Davis & Lockhart, 2016). A escala NIHSS é composta por 11 itens, sendo cada um deles avaliado de acordo com o deficit apresentado (Brito et al., 2013). O NIHSS avalia o nível de consciência através de observação, questões e ordens; avalia o melhor olhar conjugado, campos visuais, existência de parésia facial, movimentos dos membros superiores e inferiores, sensibilidade, linguagem, disartria e capacidade de atenção (National Institutes of Health, n.d.). A avaliação do défice neurológico, através de NIHSS, segundo as *guidelines* nacionais e internacionais, fornece uma informação importante sobre a severidade do AVC, sendo que influencia na decisão do tratamento agudo e no prognóstico do doente. (Direção Geral de Saúde, 2017a; Jauch et al., 2013).

Ainda que o diagnóstico de AVC seja realizado através da clínica do doente, caracterizada pela instalação aguda de sinais e sintomas neurológicos focais, são ainda recomendados, pela Direção Geral de Saúde (2017a) a realização de uma avaliação imagiológica, com TC crânio-encefálica, eventual angio-TC e/ou RM bem como eletrocardiograma e avaliação laboratorial. Os exames de imagem permitem confirmar a presença de AVC isquémico, hemorragia intracraniana ou outras patologias mimetizadores de AVC. Com estes exames poderá identificar-se a causa e o tipo de AVC, a extensão da lesão, auxiliando na decisão no tratamento urgente e a prever o prognóstico (Ringleb et al., 2008b).

A fibrinólise e/ou a trombectomia mecânica, quando recomendada a um doente com AVC isquémica, deve ser iniciada o mais rápido possível. No caso da fibrinólise, a administração

do rtPA (Ativador do Plasminogénio tecidual recombinante) nas três primeiras horas após o início de sintomas está devidamente comprovado, e é tanto maior o seu benefício quanto mais precocemente este é administrado. Tem vindo a ser alargada a janela terapêutica em alguns doentes até 4,5 horas de evolução dos sintomas, contudo os benefícios do tratamento devem ser ponderados face aos riscos (Powers et al., 2018).

A trombectomia mecânica surge como oportunidade de tratamento para os doentes com oclusão de um grande vaso. Contudo, esta terapêutica endovascular, devido à complexidade da técnica, implica muitas vezes transferência inter-hospitalar, para um centro de referência, com neurorradiologia de intervenção, com acesso rápido à angiografia cerebral e com uma equipa multiprofissional dedicada. Os doentes selecionados devem ter uma boa funcionalidade prévia ao AVC (mRankin 0-1) e com intervalo de tempo entre o início de sintomas até à punção dentro das 6 horas ou até às 12 horas, em casos específicos identificados através dos exames de imagem (Powers et al., 2018).

Após os procedimentos terapêuticos agudos (fibrinólise ou trombectomia), deve definir-se estratégias de prevenção secundária e reabilitação precoce (Fonseca et al., 2016) iniciando-se a fase aguda, muitas vezes coincidente com o internamento em UAVC ou em unidade de cuidados intensivos/neurocríticos (caso a situação clínica assim o exija).

As unidades de AVC correspondem a áreas dedicadas aos cuidados ao doente com AVC agudo, com equipas multiprofissionais especializados (neurologistas, internistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros). Estas unidades têm por objetivo iniciar precocemente o tratamento e a reabilitação dos doentes, prevenir complicações e agravamento dos défices, identificar fatores de risco, tratar co-morbilidades. Desde o primeiro dia, deve desenvolver-se um plano com vista à alta, envolvendo o doente e a família.

Existem diferentes três níveis de UAVC, distinguidas pela capacidade de resposta aos doentes com AVC, devendo articular-se entre si, dando resposta às necessidades do doente e face aos recursos existentes por região (Direção Geral de Saúde, 2017):

- Nível A: unidades mais diferenciadas, associadas a alguns hospitais centrais, com capacidade para todos os tipos de tratamento para o AVC, na qual se inclui a neurorradiologia de intervenção, cirurgia vascular e neurocirurgia;

- Nível B: unidade intermédias, com capacidade para realização de trombólise;
- Nível C: unidades básicas em hospitais menores, com procedimentos protocolados e equipas dedicadas, em estreita articulação com unidades nível A e B, para terapêutica fibrinolítica e/ou endovascular (Oliveira, 2012).

Independentemente do nível da UAVC, na fase aguda, os principais objetivos são evitar o agravamento da lesão e repetição do evento, prevenir complicações e identificar a causa do AVC, seja isquémico ou hemorrágico (Fonseca et al., 2016). Considerando a pessoa com AVC um doente em situação crítica, este exige uma vigilância contínua e criteriosa, com o intuito de prevenir, detetar e intervir perante as complicações. Os Enfermeiros Especialistas, através da aplicação dos conhecimentos e competências, devem dar uma resposta às necessidades do doente em tempo útil e de forma holística, em todas as fases do processo de cuidar (Marques, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A intervenção especializada de Enfermagem possibilita o reconhecimento precoce e a prevenção de complicações com o objetivo de melhorar *outcome* neurológico do doente com AVC. Ao longo do internamento na UAVC, principalmente na fase aguda (até às 72h) os cuidados de Enfermagem devem incluir a monitorização hemodinâmica (controlo da tensão arterial, frequência cardíaca, monitorização eletrocardiográfica, monitorização da temperatura, evitando hipo e hipertemia, controlo da dor), oxigenação adequada, avaliação e gestão da glicémia capilar (evitando hipo e hiperglicemia), elevação da cabeceira e a monitorização do estado de consciência e dos défices neurológicos (Marques, 2018, Fonseca et al., 2016).

Para além da avaliação do compromisso neurológico é fundamental a avaliação do grau de dependência do doente, surgindo o uso do índice de *Barthel*. Será necessária esta avaliação para a formulação e adequação dos planos de cuidados de Enfermagem, durante os cuidados a nível hospitalar, e para compreender a possibilidade de o doente satisfazer as suas atividades de vida diária de forma independente após a alta hospitalar.

O índice ou escala de *Barthel* avalia a independência funcional e a morbidade em doentes com patologia crónica, percecionando se estes necessitam de cuidados ou não. Tem como objetivo avaliar a capacidade de o doente realizar as atividades de vida diária de forma independente. A escala é constituída por 10 itens: alimentação, transferência, toalete,

utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e controlo urinário. O resultado pode variar de 0 a 100, sendo que inferior a 20 indica dependente total; 20-35 dependente elevado; 40-55 dependente moderada; 60 - 99 dependente mínimo e 100 independente (Mahoney & *Barthel*, 1965; Middleton et al., 2009).

No estudo realizado por Azeredo e Mator (2003), concluíram que grande parte dos doentes ficaram com sequelas após a ocorrência de AVC, contudo, em muitos casos não são impeditivas da independência, necessitando, todavia, de mais tempo a executar tarefas. As incapacidades mais notórias foram a incontinência urinária com perdas ocasionais de urina, sobretudo no sexo feminino e a dificuldade em tomarem banho sozinhos.

Existe uma escala para avaliação funcional após AVC, denominada de escala de *Rankin*, com ampla aceitação como medida de avaliação funcional após acidente vascular cerebral, sendo utilizada em muitos ensaios clínicos (Nimako-doffour & Steinfurth, 2016). A escala de *Rankin* modificada (mRS) tem por objetivo de avaliar o grau de incapacidade e dependência nas atividades da vida diária em doentes após AVC. (Brito et al., 2013). Atualmente, a Escala de *Rankin* modificada (m*Rankin*) classifica de 0 a 6. Como assintomático (0), sem incapacidade significativa (1), incapacidade leve (2), incapacidade moderada (3), incapacidade moderadamente grave (4), incapacidade grave (5), morte (6). Vários autores assumem dependência se avaliação funcional $mRS \geq 2$ (Brito et al., 2013; Broderick, Adeoye, & Elm, 2017; Middleton, Levi, et al., 2016; Middleton et al., 2009, 2011; Quinn, Dawson, Walters, & *Rankin*, 2015).

A confiabilidade da escala de *Rankin* modificada foi investigada e considerada satisfatória. No entanto, uma vez que os critérios desta escala não são tão restritos, em comparação com o índice de *Barthel*, ao ser aplicada a escala de *Rankin* por diferentes avaliadores, poderá traduzir resultados menos concordantes (Wilson et al., 2002). No estudo de Caneda, Fernandes, Almeida, e Mugnol (2006), avaliando 51 pessoas com AVC, utilizaram as três escalas: a escala de *Rankin*, o índice de *Barthel* e o NIHSS, que confirmaram e demonstraram uma confiabilidade clinicamente aceitável e de boa aplicabilidade.

Alguns estudos referem que a abordagem do doente em fase aguda em hospitais com equipas especializadas em AVC demonstram melhores resultados, traduzindo reduções na

severidade das complicações funcionais, no grau de dependência e mortalidade, bem como uma diminuição do tempo internamento e institucionalização (Fonseca et al., 2016).

A DGS (2017) alerta para a necessidade da avaliação da capacidade de deglutição, face ao risco de disfagia muitas vezes associados aos doentes com AVC, onde os Enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental na prevenção da pneumonia de aspiração.

Devem ser tidas em conta, no tratamento ao doente com AVC agudo, algumas medidas adicionais, nomeadamente a prevenção da gastrite de stress, controlo vesical, manutenção do trânsito intestinal, ritmo de sono-vigília, prevenção da trombose venosa profunda, de úlceras de pressão e do ombro doloroso, bem como as sequelas de imobilidade (Fonseca et al., 2016).

A reabilitação precoce e a mobilização dos doente com graves alterações neurológicas pode ser facilitador na redução a incapacidade pós-AVC assim como na prevenção de complicações (Min, 2010; OMS, 2006). Vários ensaios clínicos apontam que o internamento em unidades de AVC, com equipas dedicadas e especializadas na área, seja médicos, enfermeiros, terapeutas, entre outros profissionais, traduz um claro benefício na recuperação do doente.

Face a esta problemática e com o propósito de aumentar o número de hospitais preparados para receber e tratar adequadamente os doentes com AVC, surgiu a *Angels Initiative*, gerida pela *Boehringer Ingelheim*, em parceria com a ESO, a *World Stroke Organization*, *Stroke Alliance for Europe* e várias associações de AVC nacionais dos países participantes. Esta iniciativa tem por objetivo aumentar o número de doentes tratados em hospitais prontos para o AVC e otimizar a qualidade do tratamento em todos os centros de AVC existentes.

Para além de prestarem apoio logístico, organizacional e formativo, os embaixadores da *Angels Initiative* são motivadores para a prestação de cuidados de excelência aos doentes com AVC e promovem a participação em projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, através da monitorização sistemática dos mesmos, como é o Projeto QASC que em seguida se expõe.

1.2.1. Projeto QASC Europa

Nos primeiros dias após AVC agudo, cerca de 20-50% dos doentes apresentam temperatura acima de 37,5°C, 68% dos doentes com glicémias elevadas, bem como 37-78% dos doentes com disfagia, traduzindo um aumento da morbilidade e mortalidade e aumento da lesão isquémica (Middleton et al., 2011). A febre, a hiperglicemia e a disfagia estão reconhecidamente associadas a prognósticos clínicos desfavoráveis após a ocorrência de um AVC. Em 2009, foi publicado um estudo realizado na Austrália, com o objetivo de desenvolver e estudar uma intervenção baseada nas equipas multidisciplinares para a gestão da febre, hiperglicemia e disfagia. Constataram que, apesar de recomendado, estas não são bem monitorizadas e geridas na fase de admissão do AVC agudo, comprometendo a situação clínica do doente (Middleton et al., 2009).

Drury et al. (2014) constataram que são necessárias mudanças urgentes na monitorização e tratamento da febre (com a administração de antipirético) e hiperglicemia (com administração de insulina), nos doentes com AVC agudo, bem como um melhor rastreio da disfagia, incluindo uma avaliação posterior por um terapeuta da fala.

No seguimento destes estudos, foi desenvolvido o projeto *Quality in Acute Stroke Care* (QASC), com o objetivo de desenvolver e implementar uma intervenção multidisciplinar, de iniciativa de Enfermagem, baseada em evidência científica para gestão da febre, hiperglicemia e disfunção na deglutição em doentes após acidente vascular cerebral agudo.

Foi realizado um ensaio controlado randomizado em *cluster*, em *New South Wales*, na Austrália, com 19 unidades de AVC (tipo A e B) com 1696 participantes, com diagnóstico de AVC. Formaram um grupo de controlo (com 9 unidades de AVC) e um grupo (10 unidades de AVC) ao qual foi aplicado o protocolo desenvolvido (Middleton et al., 2011).

O Protocolo FeSS (**F**ever, **S**ugar e **S**wallow) implicou a monitorização e tratamento da febre e da hiperglicemia nas primeiras 72 horas de internamento, bem como o rastreio da disfagia nas primeiras 24 horas da admissão à UAVC e posterior referência para Terapia da Fala quando detetadas alterações no rastreio. Foram realizados workshops nas instituições participantes, com identificação de barreiras e dificuldades e programas de formação aos profissionais.

Com a análises dos dados recolhidos, conseguiram demonstrar que implementação de protocolos clínicos na gestão da febre, hiperglicemia e deglutição (protocolo), após o AVC, diminuiu a morte e a dependência em 15,7% (através do mRS) aos 90 dias após o AVC. Verificou-se uma redução nas temperaturas médias, redução dos níveis médios de glicose e melhoria na aplicação dos rastreios da deglutição. Houve também uma redução não significativa da duração da estadia hospitalar em dois dias. Este estudo fornece evidências de que uma melhor gestão da febre, hiperglicemia e deglutição em doentes com AVC agudo, durante as primeiras 72 horas de admissão nas Unidades de AVC, pode resultar na diminuição da morte e dependência (Middleton et al., 2011).

Quando se compara o significado clínico na diminuição do risco de morte ou dependência da intervenção do Protocolo FeSS com os restantes tratamentos existentes para o AVC agudo, verifica-se uma redução do risco absoluto superior à da aspirina nas primeiras 48 horas bem como dos cuidados em UAVC e até mesmo a trombólise até as 4,5 horas (Figura 2). Também será importante referir que o número necessário para tratar (NNT, para evitar uma morte) foi de 6,3, valor inferior aos restantes tratamentos: fibrinólise (NNT 8 a 14), aspirina (NNT 79-84) e as Unidades de AVC (NNT – 26). (Dhamija & Donnan, 2007; Middleton et al., 2011; Sandercock-Peter, Carl, Chiun, & Emanuela, 2014).

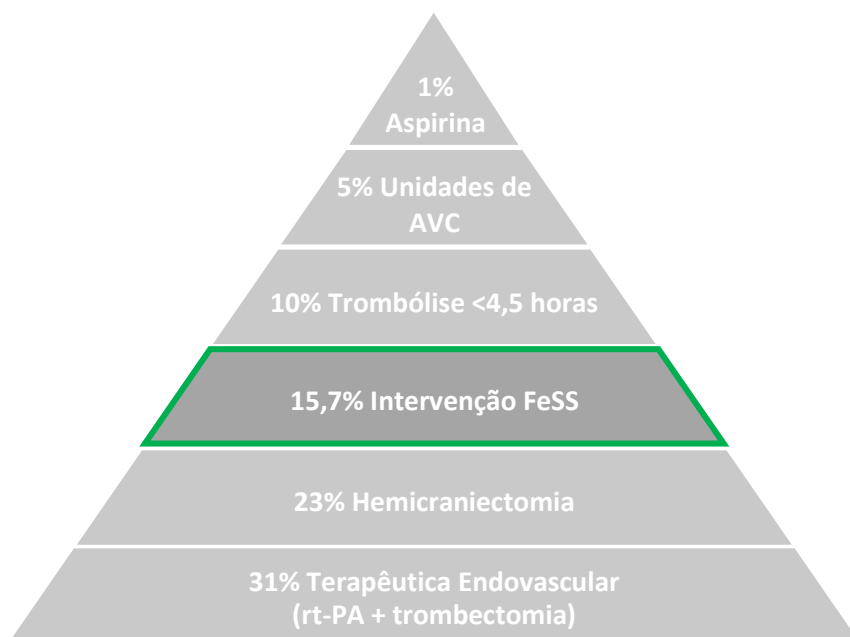


Figura 2 – Significado clínico dos diferentes tratamentos para o AVC, tendo em conta a redução de risco absoluto

Fonte: (Dhamija & Donnan, 2007; Middleton et al., 2011, Angels Initiative, 2019)

Em 2016, Middleton et al., publicaram um artigo sobre o benefício da propagação e replicação das medidas aplicadas com o projeto QASC, através da realização de um estudo do tipo pré-teste e pós-teste, denominado QASCIP (*QASC Implementation Project*). Concluíram que a intervenção de Enfermagem na fase aguda melhora os resultados a longo prazo nos doentes, ao nível da morte e dependência. Com este projeto, foi possível comprovar que a intervenção multidisciplinar com iniciativa na equipa de Enfermagem, pode fazer a diferença para os doentes com AVC agudo, com potencial benefício a longo prazo, após a alta das UAVC, através da adoção destes protocolos como rotina nos cuidados prestados pelos Enfermeiros na fase aguda. (Middleton et al., 2017, 2019). É uma das poucas intervenções comprovadas de Enfermagem conhecidas por reduzir a morte e a dependência, pelo que se recomenda a inclusão dos protocolos FeSS nas diretrizes para o AVC (Ylikotila et al., 2017).

Mais tarde, em 2019, Purvis et al. analisou a adesão aos protocolos FeSS ao longo dos diferentes anos (2013, 2015 e 2017), tendo em conta a inclusão das intervenções na gestão da febre, hiperglicemia e rastreio da disfagia nas diretivas nacionais na Austrália para o AVC. Verificaram que houve uma maior adoção das principais intervenções do protocolo FeSS com a inclusão das mesmas nas diretivas australianas.

Não sendo um ensaio clínico, o protocolo FeSS tem vindo a ser alargado a nível internacional, nomeadamente na Europa, promovido como QASC Europa, com apoio da ESO e pela *Angels Initiative*, com o intuito de incentivar a monitorização da qualidade dos cuidados no AVC nos diferentes países/hospitais da Europa. Em junho de 2019, a Unidade de Cuidados Agudos Polivalente do Centro Hospitalar de Leiria iniciou a sua participação no referido projeto QASC, sendo o ponto de partida para a realização do presente trabalho de investigação.

Conforme é possível analisar no Anexo I, após a manifestação de interesse por parte da instituição hospitalar e assumida a participação do estudo, com as devidas autorizações por parte do Conselho de Administração e Centro de Investigação e com o recrutamento do centro de ensaio (Etapa 1 e 2), procede-se a auditoria base (Etapa 3). Nesta etapa, é solicitado aos hospitais participantes a recolha de dados relativos a 40 a 100 doentes com

AVC, internados na unidade AVC. Os dados serão introduzidos na plataforma RES-Q (base dados internacional promovida pela ESO) e posteriormente facultados às instituições.

Após a conclusão da auditoria base, responde-se a um questionário organizacional (Etapa 4) e inicia-se a implementação do protocolo FeSS (Etapa 5 e 6). Nesta fase, são realizadas formações às equipas com workshops multidisciplinares, para apresentação e discussão dos protocolos, identificação de barreiras/dificuldades e definição de planos de ação. Ao longo deste processo, são realizados momentos de auditoria de acompanhamento por parte da equipa do Projeto QASC bem como pela consultora da *Angels Initiative*, para validar a fiabilidade dos dados, bem como auxiliar na concretização do projeto e dos protocolos.

Na Etapa 7, três meses após a implementação dos protocolos, procede-se à auditoria de acompanhamento, recolhendo dados relativos a mais 40 a 100 doentes com AVC, a fim de verificar os resultados obtidos com as alterações instituídas com o protocolo. No final, é disponibilizado um relatório final e recomendações por parte da equipa do Projeto QASC.

1.2.2. Protocolo FESS (*Fever, Sugar, Swallow*)

Para a elaboração dos protocolos adaptados à realidade funcional da unidade, será necessário compreender a importância de cada um deles nos cuidados aos doentes com AVC.

A **hipertermia** tem um efeito prejudicial na lesão cerebral ainda que surja dias após o início isquémico. Pese embora possa existir uma deterioração neurológica leve e precoce, a febre traduz um aumento da morbilidade (incapacidade e dependência) e mortalidade em doentes com AVC Isquémico agudo (Thompson, 2015).

A febre foi consistentemente associada a consequências desfavoráveis, quer a lesão neurológica seja isquémica, hemorrágica ou de origem traumática (Greer, Funk, Reaven, Ouzounelli, & Uman, 2008). No AVC isquémico a febre nas primeiras 24 horas de internamento está associada a duplicação da probabilidade de mortalidade um mês após o evento isquémico (Prasad & Krishnan, 2010). Temperatura superior a 37,5°C que persiste durante as primeiras 24 horas foi identificada em 83% dos doentes com hemorragia cerebral e com significado num pior prognóstico (Broderick et al., 2007).

Apesar dos dados disponíveis sobre a gestão da temperatura no AVC isquémico agudo serem limitados, com necessidade de realização de mais estudos nesta área (Ntaios et al., 2015), existem algumas recomendações ainda que, com baixa classificação a nível de evidência científica. A ESO recomenda a normotermia para todos os doentes, e administração de paracetamol e arrefecimento natural se temperatura superior a 37,5°C (Ringleb et al., 2008a, Fonseca et al., 2016). Em 2013, *American Heart Association/American Stroke Association*, nas *guidelines* para os cuidados ao doente com AVC agudo, refere que as causas de hipertermia devem ser identificadas e tratadas, devendo ser administrada terapêutica antipirética para uma temperatura mais baixa em doentes hipertérmicos com AVC (Jauch et al., 2013).

Os Enfermeiros devem avaliar frequentemente a temperatura e vários estudos revelam que a tomada de decisão dos Enfermeiros face à febre é variável e muitas vezes subestimada, tendo impacto no resultado clínico dos doentes (Thompson, 2015).

Por outro lado, a **hiperglicemia** é um das complicações frequentes no AVC agudo, relacionada com pior prognóstico, com aumento da morbidade e mortalidade, independentemente da idade, gravidade, extensão da lesão ou tipo de AVC (Fuentes & Díez-Tejedor, 2007; Ntaios et al., 2015). A hiperglicemia aumenta o risco de hemorragia cerebral e agrava o grau de funcionalidade após o AVC (Ringleb et al., 2008b, Fonseca et al., 2016). A ansiedade, o stress após o evento, a terapêutica em uso e o aumento da resistência periférica à insulina podem estar na origem do aumento da glicose na fase aguda, que potencia uma maior perda celular na zona de penumbra, por aumento do edema e consequente perda cognitiva (Fuentes & Díez-Tejedor, 2007; Jauch et al., 2013; Oliveira Lopes et al., 2008).

A persistência da hiperglicemia pode ter um efeito negativo e alguns estudos apontam para um maior volume de enfarte e agravamento clínico do doente nos primeiros 7 dias após o AVC. Os efeitos mais nocivos foram observados em doentes não diabéticos, como o risco aumentado de mortalidade hospitalar e pior recuperação funcional nos sobreviventes, podendo estar relacionado com diabetes pré-existente desconhecida (Capes, Hunt, Malmberg, Pathak, & Gerstein, 2001; Fuentes & Díez-Tejedor, 2007; Oliveira Lopes et al., 2008).

Hiperglicemia está associada a piores resultados clínicos e ao aumento da mortalidade no AVC isquémicos tratados com fibrinolítico (Masrur et al., 2015). Hipo e hiperglicemia na fase aguda, tanto do AVC isquémico como no hemorrágico estão associados a resultados adversos (Ahmed et al., 2019).

Sendo uma variável fisiológica dinâmica, é importante a sua monitorização nas primeiras horas e dias após o AVC. As *guidelines* internacionais recomendam a monitorização da glicémia nas primeiras 72 horas após a admissão e administração de terapêutica apropriada para tratar a hiperglicemia (níveis de glicose superiores a 180 mg/dl), independentemente se existe diagnóstico prévio de diabetes. Os doentes com AVC agudo e hiperglicemia podem ser tratados como qualquer outro doente hospitalizado com um objetivo terapêutico de 140-180 mg/dl utilizando insulina endovenosa (Ahmed et al., 2019; Jauch et al., 2013; Stroke Foundation, 2017).

Outra complicação frequente após o AVC é a **disfagia** e o Enfermeiro deve estar consciente da sua importância no sentido dos seus cuidados prevenir as complicações que dela surgem. A disfagia designa uma modificação no processo de mastigação e deglutição, manifestada por incapacidade ou dificuldade da passagem do alimento da cavidade oral até ao estômago, verificando-se um redireccionamento do bolo alimentar para as cavidades nasal ou laríngea. Caracteriza-se por uma disfunção em qualquer uma das fases e/ou entre as fases da deglutição, em consequência de comprometimentos neurológicos, mecânicos ou psicogénicos (Clara, 2009; Coriolano et al., 2010; Marcolino, 2009; Okubo, 2008; L. Silva, 2006).

A *World Gastroenterology Organization* (WGO) refere que uma em cada dezassete pessoa irá desenvolver alguma forma disfagia durante a vida. Um estudo de 2011 no Reino Unido referiu uma taxa de prevalência de 11% para a disfagia na comunidade em geral. Este problema afeta 40 a 70% das doentes pós-AVC, 60 a 80% com doenças neurodegenerativas, até 13% dos adultos de 65 ou mais anos, assim como 51% dos idosos institucionalizados e 60 a 75% dos doentes submetidos a radioterapia com neoplasia da cabeça e pescoço (WGO, 2014).

Segundo a WGO, disfagia refere-se tanto à dificuldade que alguém pode ter com as fases iniciais da deglutição (geralmente descrita como disfagia orofaríngea) ou a sensação de que

os alimentos e/ou líquidos estão de alguma forma obstruídos na transição da boca para o estômago (normalmente descrita como disfagia esofágica). Disfagia é, portanto, a percepção de que há um impedimento na passagem normal de material deglutido (WGO, 2014).

A disfagia pode manifestar-se através de vários sintomas (Tabela 1), que a curto ou médio prazo, podem trazer repercussões à pessoa, dependendo da sua gravidade (Moreira, 2012).

Tabela 1 - Sinais e sintomas de disfagia

Sinais e sintomas da disfagia	
<ul style="list-style-type: none"> - Fraqueza/paralisia dos lábios, língua ou face; - Incapacidade/dificuldade ao iniciar a deglutição; - Mastigação prolongada; - Dificuldade ou incapacidade de retirar resíduos da boca com a língua; - Dificuldade no controlo da deglutição de líquidos; - Acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral após várias tentativas de deglutição, - Esforço durante a mastigação e/ou deglutição; - Regurgitação nasal de alimentos ou líquidos; - Sialorreia/babar abundantemente ou xerostomia; - Dificuldade no controlo de secreções orais/alimentos; - Dificuldade a engolir comprimidos; - Aumento da duração do tempo da refeição; - Tosse ou pigarreio enquanto come/bebe, diminuição do reflexo da tosse; 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificação da qualidade vocal antes/durante/após comer ou beber; - Voz molhada e/ou fala nasalada; - Deglutição ruidosa, tosse fraca ou ausência do reflexo de deglutição. - Alterações da respiração durante ou após a hora da refeição; - Aumento de arrotos durante ou no final da refeição. - Vômitos, náuseas, dor retroesternal; - Problemas de refluxo ou azia; - Asfixia (sendo que a aspiração laríngea pode ocorrer sem asfixia simultânea ou tosse); - Pneumonia/bronquite de repetição; - Febre baixa presente; - Diminuição do apetite e de peso; - Desnutrição e desidratação; - Letargia, sonolência.

Fonte: Adaptado de Malagelada *et al.* (2014); Moreira (2012); A. Silva (2008); Teasell *et al.* (2016)

Pode ser classificada quanto à sua localização como disfagia orofaríngea, caso compreenda alterações orofaríngeas, desde a boca até o esfíncter cricofaríngeo ou disfagia esofágica, se existir disfunção esofágicas, inferior ao esfíncter cricofaríngeo (Gallagher, 2011; Okubo, 2008).

A disfagia orofaríngea relaciona-se com dificuldades na mobilização do bolo alimentar entre a cavidade oral e a faringe, desde a sua preparação até deglutição, sendo mais comum em doente com Alzheimer e demências vasculares (Gallagher, 2011).

A disfagia orofaríngea pode ser classificada quanto à etiologia como a disfagia mecânica, psicogénica, induzida por drogas, neurogénica, sendo a disfagia neurogénica a disfunção no processo da deglutição causada por alterações neurológicas como a demência, doença de Parkinson, a doença de Alzheimer, o AVC, entre outras (Sá, 2009). Nos três primeiros dias

após o AVC 42-67% dos doentes apresentam disfagia orofaríngea, tornado o AVC a maior causa de disfagia (WGO, 2014).

A disfagia esofágica é a diminuição da capacidade de mover os alimentos através do esôfago, resultando em espasmos esofágicos e regurgitação (Gallagher, 2011). Pode ser representada por acalásia, doença do refluxo gastroesofágico, esclerose sistémica progressiva, recuperação após cirurgia esôfago-gástrica, incluindo cirurgia bariátrica bem como outros distúrbios de movimento do esôfago (Sallum & Duarte, 2012).

Gallagher (2011) refere ainda uma terceira categoria de disfagia: “aspiração silenciosa”, em que existe a entrada de matéria para o aparelho respiratório, sem que haja manifestação de sintomas de deglutição ou tosse. Surge frequentemente devido à fraqueza nos músculos da boca ou a garganta e pode ocorrer em 2% a 25% após AVC.

Maccarini *et al.* (2007) divide os doentes com disfagia em dois grupos distintos: os doentes neurológicos: quando a disfagia está associada a AVC, traumatismo crânio-encefálico, doenças neurológicas degenerativas ou doente submetidos a neurocirurgia, ou os doentes cirúrgicos: quando a disfagia surge por alterações de estruturas anatómicas, envolvendo a deglutição, depois de cirurgia do foro otorrinolaringologia ou maxilo-facial.

As complicações da disfagia incluem comprometimento das vias aéreas, pneumonia por aspiração, asfixia, laringoespasma, abscesso pulmonar, desnutrição, desidratação ou até a morte. Pode ainda influenciar o estado emocional e social do doente, causando alteração do prazer alimentar, stress, depressão, isolamento social (Gallagher, 2011; Marcolino, 2009; Paixão & Silva, 2010; Queiroz, Haguette, & Haguette, 2009). A deglutição comprometida pode causar ansiedade e medo, o que pode levar a que os doentes evitem a ingestão oral, resultando em desnutrição, depressão e isolamento (WGO, 2014).

Com a disfagia, além da taxa de mortalidade elevada, podem-se desenvolver complicações que prejudicam a recuperação funcional. Diagnosticar precocemente, em contexto hospitalar, pode prevenir aspirações alimentares, reduzindo o tempo de internamento, potenciando a independência do doente (Itaqui *et al.*, 2011).

Disfagia pós-AVC é caracterizada por uma redução na coordenação dos músculos da faringe, potencialmente devido a uma redução da conectividade cortical que pode ter um impacto negativo sobre a função pulmonar (Teasell *et al.*, 2016).

A presença de disfagia está associada a um risco aumentado de complicações pulmonares e até da mortalidade. Existe evidência de que a deteção precoce de disfagia em doentes com AVC agudo reduz não só essas complicações, mas também reduz o tempo de permanência hospitalar e despesas em saúde (Martino *et al.*, 2005).

Malagelada *et al.* (2014) refere que dos doentes com disfagia após AVC, 50% aspiram e um terço desenvolveram pneumonia, com necessidade de tratamento. A incidência de aspiração na fase aguda do AVC varia de 16% para 52%. A aspiração silenciosa ocorre em 8% a 27% dos pacientes com AVC agudo (Teasell *et al.*, 2016).

Os fatores indicativos do desenvolvimento da aspiração incluem: um atraso no reflexo de deglutição, peristaltismo reduzido, infeção do trato respiratório, tosse espontânea e tosse com a deglutição, disfonia, disfunção do palato mole e hipoestesia facial (Teasell *et al.*, 2016). Tossir é um sinal de presença de matéria na via aérea, mas a ausência da tosse não indica a deglutição segura; O risco de aspiração é sugerido por voz molhada e rouca, tosse voluntária fraca e/ou qualquer indicio de disfunção laríngea, bem com o nível consciência reduzida é também um indicador do risco da aspiração (SIGN, 2010).

As escalas de avaliação da disfagia orofaríngea têm sido utilizadas como um dos instrumentos para diagnóstico deste sintoma, auxiliando no reconhecimento do risco, na classificação da disfunção e ainda como instrumento para auxiliar para o delinear dos procedimentos e planeamento de uma reabilitação eficaz (Silva *et al.*, 2012).

Os internamentos prolongados são uma das consequências associadas à disfagia pós-AVC, pelo que é necessária uma atuação interdisciplinar através de protocolos que orientem as práticas, desde a identificação do risco até a definição do tratamento, minimizando os riscos do doente com disfagia (Silva *et al.*, 2012).

É possível diagnosticar a disfagia através de uma avaliação clínica de deglutição à beira do leito e para a qual existem disponíveis diversos protocolos. Encontramos ainda avaliações instrumentais de deglutição realizadas por análise objetiva da biodinâmica da deglutição,

que são complementares às avaliações clínicas, executadas por meio radiológico ou videoendoscópico (Passos, Cardoso, & Scheeren, 2017).

A avaliação clínica não invasiva desempenha um papel fundamental na avaliação do doente com disfagia. Esta avaliação, à cabeceira do doente, visa determinar se a disfagia está presente, avaliando a severidade, determinando as alterações que a causam, definindo estratégias de reabilitação com vista ao melhor tratamento (Maccarini *et al.*, 2007).

Segundo Maccarini *et al.* (2007), o primeiro passo na avaliação é o anamnese, seguida de uma avaliação morfodinâmica, sensibilidade, reflexos, especialmente em doentes neurológicos, com posterior avaliação da função gustativa e teste de ingestão oral.

Padovani, Moraes, Mangili e Andrade (2007) referem que numa avaliação não-invasiva da disfagia deverão ser avaliados: escape oral anterior (perda de alimento/líquido pelos lábios); tempo de trânsito oral (desde captação completa do bolo até o início da elevação do complexo hiolaríngeo); refluxo nasal (caso se verifique vazamento de líquido para a cavidade nasal durante a deglutição); número de deglutições (necessárias para progressão do bolo alimentar); elevação laríngea (movimentos da laríngea anterior e superior durante a deglutição); auscultação cervical (sons associados à deglutição); saturação de oximetria periférica; qualidade vocal (alterações como voz molhada, rouquidão, pigarro); tosse; e por fim, engasgamento. Referem ainda outros sinais que devem ser valorizados na avaliação tais como: cianose, broncoespasmo, alterações dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória), resíduos na cavidade oral após deglutição, tempo de trânsito oral.

Existem alguns estudos sobre as escalas de avaliação clínica (invasiva e não-invasiva) de disfagia, dada as inúmeras escalas disponíveis internacionalmente.

Cardoso, Manuel, Magano e Castro (2011) realizaram uma revisão sistemática, concluindo que existe um escasso número de estudos sobre avaliação clínica não-invasiva da disfagia. Identificaram e analisaram a utilização de duas escalas: *The Gugging Swallowing Screen* (GUSS) e *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*, referindo que ambos os instrumentos revelam elevada sensibilidade, ou seja, nenhum (relativamente à escala de GUSS) ou muito poucos (face à TOR-BSST) doentes com disfagia foram avaliados como não a tendo. Após este estudo, desenvolveram e implementaram uma nova escala não-invasiva, à qual atribuíram o nome: “teste rápido de identificação de disfagia - TRIDIS®”.

Moreira (2012), referia que em Portugal, até à data do seu estudo, não existia nenhuma escala validada linguística e culturalmente para avaliação da disfagia. Foram várias as escalas descritas pela autora, sendo que após uma análise das mesmas, traduziu e validou a *Eating Assessment Tool* (EAT-10), e *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), por se tratarem de escalas de rápida aplicação, comparativamente às restantes, bem como fáceis de aplicar, sem necessidade de avaliação funcional prévia. A autora concluiu que as versões portuguesas das escalas ostentam características psicométricas sugestivas de uma boa aplicabilidade face à disfagia após AVC (Moreira, 2012).

Sallum e Duarte (2012) identificaram cerca de dez escalas publicadas de avaliação da disfagia e concluíram que as mais frequentes são a escala FOIS e *American Speech-Language Hearing Association* (ASHA), para avaliação da disfagia orofaríngea (região cervical), e ambas direcionadas para a terapia nutricional.

Etges, Scheeren, Gomes e Barbosa (2014) analisaram 20 estudos sobre instrumentos de rastreio em disfagia. Concluíram que os instrumentos são bastante heterogéneos e adaptados a diferentes públicos ou com alguma patologia de base, sendo objetivo primordial identificar os doentes com disfunção na deglutição. Contudo, referem que por não haver consenso, deverá o profissional selecionar o instrumento que se adapte à sua equipa, serviço e ao perfil dos doentes em estudo.

Dias (2015) descreve várias escalas para avaliar e despistar a disfagia, e no seu estudo, fez a validação cultural da escala FOIS para português europeu. Concluiu que se trata de instrumento válido e com boas características psicométricas, podendo ser aplicada, sem restrições, a versão adaptada para português europeu, a doentes com disfagia pós-AVC.

Ferreira (2017) salienta a escala GUSS por apresentar elevada sensibilidade (100%) e especificidade de 50/69%. Esta traduz ainda benefício dado ser desenvolvida para Enfermeiros e dispensa formação específica para a sua aplicação.

Ferreira (2016) descreve o instrumento de Triagem *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST) como um instrumento validado para a população portuguesa pela Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, aplicável por um profissional de saúde parte integrante da equipa multidisciplinar, com objetivo de identificar perturbações adquiridas da deglutição. Concluí no seu estudo que existe relação na identificação do risco de disfagia entre a aplicação do

instrumento de triagem V-VST e a avaliação instrumental recorrendo à videoendoscopia da deglutição (Ferreira, 2016).

Tal como demonstrado, existem inúmeras escalas de avaliação da disfagia, não existindo consenso sobre as mais adequadas para aplicação por Enfermeiros, ainda que se verifique que a mais utilizada provavelmente seja a escala GUSS. Segundo Pinto e Parreira (2013) uma vez que Enfermeiro é o profissional que está mais próximo do doente durante a prestação de cuidados, tem um papel muito importante na identificação e tratamento da disfagia, sendo possível serem os primeiros profissionais a detetar a existência de uma alteração na deglutição. Estes profissionais são capacitados a envolver os restantes profissionais da equipa multidisciplinar, recordando sempre o doente e a família como parte da equipa de cuidados.

Apesar a existência prévia de um protocolo de rastreio da disfagia em vigor no Centro Hospitalar de Leiria, desenvolvido pela Terapia da Fala, este não pareceu ser facilitador na avaliação diagnóstica da disfagia, nem na decisão do tipo de dieta e hidratação a realizar ao doente com AVC, por parte da equipa de Enfermagem.

Assim, em colaboração com a Terapeuta da Fala que presta apoio à Unidade de Cuidados Agudos Polivalente, foi desenvolvido um protocolo de avaliação da deglutição, com um teste de triagem da disfagia (TTD), com diagrama de decisão da dieta e hidratação a aplicar com o doente, tendo em conta os recursos existentes no Centro Hospitalar (espessante alimentar, consistência das dietas fornecidas pela Unidade de Nutrição e Dietética). Foi construído com base em escalas de avaliação da disfagia já existentes e foi solicitado parecer à equipa de Enfermagem, Médica e da Medicina Física e Reabilitação sobre o mesmo, bem como a peritos da área da Terapia da Fala.

Os protocolos instituídos têm por base as recomendações do projeto QASC, no que concerne aos cuidados ao doente com AVC, relativamente à avaliação e tratamento da febre e da hiperglicemia, bem como sobre o rastreio precoce da deglutição, com vista a detetar possíveis situações de disfagia. Assim, juntamente com alguns profissionais da equipa multiprofissional da UAVC-UCAP, compôs-se o protocolo que em seguida se expõem (Apêndice I), que contém o protocolo da febre, da hiperglicemia e da disfagia, adequando as recomendações aos métodos e rotinas de trabalho dos próprios profissionais desta unidade.

Relativamente ao **protocolo da febre**, definiu-se como objetivo temperatura inferior a 37,5°C. Preconiza-se então a avaliação e registo da temperatura à admissão na Unidade de AVC e quatro vezes ao dia: 0h, 6h, 12h e 18h; caso se verifique temperatura superior a 37,5°C, deverá ser realizado arrefecimento natural periférico; administrar antipirético prescrito na primeira_hora após a avaliação e reavaliar temperatura. Perante temperatura superior a 38°C, deverá ser informada a equipa médica para considerar rastreio séptico.

O **protocolo da hiperglicémia** define o objetivo da glicémia capilar inferior a 180mg/dl. Espera-se que se avalie e registe a glicémia capilar à admissão na Unidade de AVC e quatro vezes ao dia: 9h, 12h30, 18h30 e 22h; Caso se detete valores superiores a 180 mg/dl, deve-se administrar insulina segundo protocolo já em vigor na instituição (Tabela 2) e na primeira hora após a avaliação. Mantém-se a pesquisa de glicémia capilar após as 72h de internamento se doente diabético, se apresentar algum episódio de glicémia capilar \geq 180 mg/dl, se houver prescrição de corticoides e/ou indicação médica.

Tabela 2 - Protocolo de insulina de ação curta de administração subcutânea, em vigor no CHL

Glicémia (mg/dl)	Insulina (UI)
<180	0
180-240	4
241-300	6
301-400	8
>400	10

Face ao **protocolo da disfagia**, recomenda-se que este seja aplicado a todos os doentes com AVC à admissão na UAVC-UCAP, antes da administração de medicação oral, alimentos ou líquidos, idealmente realizada nas primeiras 24horas após admissão hospitalar. Caso se verifiquem sinais de disfagia deverá ser posteriormente avaliado pela MFR/Terapia da Fala.

Descrição do protocolo da disfagia – Teste de Triagem da Disfagia (TTD):

- I) Avaliar consciência e colaboração do doente:
 - 1) Se doente que não acorda/não consciente, não colaborante ou que não tolera cabeceira elevada a 60º, considerar deglutição alterada para alimentos líquidos, de consistência pastosa e sólidos; aconselha-se colocação de SNG ou pausa alimentar;
 - 2) Se doente (colaborante ou não) com episódio de engasgamento (própria saliva) ou presença de secreções orofaríngeas ruidosas, considerar deglutição comprometida

para alimentos líquidos, de consistência pastosa e sólidos; aconselha-se colocação de SNG ou pausa alimentar;

- 3) Se doente consciente, colaborante e que tolera inclinação da cabeceira a $\geq 60^\circ$ (≈ 15 minutos), realizar TTD;

II) Aplicação do TTD;

- 1) Ter presentes os sinais de disfagia: tosse antes, durante ou após a deglutição; alterações na qualidade da voz; pigarreio/catarro; resíduos na cavidade oral; dessaturação durante o teste da deglutição;
- 2) Elevar cabeceira do doente;
- 3) Antes do início do TTD deve verificar-se a cavidade oral e proceder à sua higienização se necessário.
- 4) Vigiar sinais de disfagia e monitorizar alterações eletrocardiográficas e de saturações periféricas de oxigénio;
 - a) Preparar o material para a aplicação do TTD: preparar água com espessante em consistência de néctar e mel; copo com água; bolacha; colher ($\approx 5\text{ml}$);
- 5) Iniciar a administração de acordo com o diagrama do TTD;
 - a) Nos doentes com alteração na hidratação, sinalizar no copo com etiqueta a indicar a consistência da água aconselhada;
 - b) Decidir o tipo de Dieta e Hidratação, conforme o esquema;
 - c) Sempre que necessário, reavaliar e adaptar a dieta/hidratação;
- 6) Não esquecer de reforçar a higiene oral, antes do teste e após as refeições.

Após a elaboração do protocolo supracitado, foi realizada formação em serviço no dia 8 de Outubro de 2019 (Apêndice II), à equipa de Enfermagem e Médica, para apresentação do mesmo. Contou-se com a colaboração da Terapeuta da Fala que demonstrou como realizar a avaliação da deglutição, expondo o protocolo criado. Esta formação teve a participação de 19 (86,4%) Enfermeiros da unidade, que se demonstraram interessados e participativos. Aos elementos que não estiveram presentes, foi realizada formação individualizada, com demonstração durante a aplicação do protocolo aos doentes internados.

Após a formação e a equipa ter tido conhecimento do protocolo FeSS, procedeu-se ao início da colheita dos dados ao segundo grupo de doentes.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo serão apresentados a questão de investigação que norteou o estudo, o objetivo geral e os objetivos específicos, as hipóteses de investigação, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos para a realização do estudo, assim como o tratamento de dados.

2.1. CONCETUALIZAÇÃO DO ESTUDO, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

Tendo em conta a revisão teórica apresentada no capítulo anterior, nomeadamente que a) o Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de morte em Portugal; b) a febre, hiperglicemia e disfagia são complicações frequentes em doentes com AVC e são indicadores de pior prognóstico e que c) um grupo de investigadores na Austrália realizou um estudo QASC, com 1696 participantes, tendo demonstrado que a intervenção de Enfermagem na avaliação e gestão da febre, da hiperglicemia e da deglutição (protocolos FeSS – *Fever, Sugar, Swallow*) após AVC, diminui a morte e a dependência em 16%. (Middleton et al., 2011), elaborou-se a seguinte questão de investigação:

Q1: Qual o impacto da implementação dos protocolos FeSS (*Fever, Sugar, Swallow*) nos doentes com AVC internado na Unidade de AVC de uma instituição da zona centro de Portugal?

Como nos refere Fortin (1999), as questões de investigação são interrogações claras sobre o domínio que motiva o estudo e direcionados à população-alvo definida.

Tendo por referência a questão de investigação enunciada, definiu-se como objetivo geral do estudo: avaliar o impacto da implementação do protocolo FeSS (*Fever, Sugar, Swallow*) no doente com AVC internado na UAVC-UCAP.

Em investigação, os objetivos surgem como delimitadores do problema e do alcance da investigação, definindo o que se pretende analisar. Auxiliam na definição do tipo de estudo e os dados a colher (Gauthier, Cabral, Santos, & Tavares, 1998). Fortin (1999) refere ainda que os objetivos indicam o porquê da investigação.

De modo especificar o objetivo geral e a necessidade de caracterizar algumas variáveis sociodemográficas e clínicas da população alvo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever as características sociodemográficas dos doentes com AVC internados na UAVC-UCAP;
2. Monitorizar o grau de funcionalidade (*Rankin*) dos doentes antes do AVC, à admissão, na alta hospitalar e aos 3 meses após o AVC;
3. Monitorizar o grau de dependência (*Barthel*) dos doentes antes do AVC, à admissão, na alta hospitalar e aos 3 meses após o AVC;
4. Verificar se a temperatura e a glicémia capilar são avaliadas pelo menos quatro vezes por dia nas primeiras 72 horas de internamento na UAVC-UCAP;
5. Analisar o número de doentes que foi sujeito a rastreio da disfagia;
6. Caracterizar os profissionais de saúde que realizaram a avaliação da disfagia;
7. Comparar os cuidados ao doente com AVC antes e após a implementação dos protocolos FeSS do projeto QASC, relativamente à monitorização e tratamento da febre, hiperglicemia e disfagia;

Como refere Fortin (1999), uma hipótese relaciona duas ou mais variáveis, combina o problema e o objetivo com o intuito de ir ao encontro dos resultados esperados. Tendo por base a bibliografia consultada para a elaboração do enquadramento teórico, a questão de investigação, assim como os objetivos delineados, elaboraram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: A funcionalidade do doente aos três meses após AVC melhora com a implementação do protocolo FeSS;

H2: A independência do doente aos três meses após AVC melhora com a implementação do protocolo FeSS;

De modo a concretizar o estudo, decidiu-se formar duas amostras/grupos de doentes com AVC: um primeiro grupo, como grupo de controlo, não tendo sido instituída nenhuma

alteração nos cuidados prestados após o AVC; e um segundo grupo a quem foi sujeito a implementação do protocolo FeSS.

Numa primeira fase foi efetuada a colheita de dados referente ao primeiro grupo, onde não foi implementada nenhuma alteração aos cuidados de Enfermagem à pessoa com AVC.

Após a colheita de dados ao primeiro grupo, procedeu-se a implementação do protocolo FeSS. Para ser possível cumprir os *timings* da realização do presente trabalho académico, a colheita de dados do segundo grupo, decorreu logo após terem sido colocados em prática os protocolos, com conhecimento por parte da equipa internacional QASC, desfasando assim do Projeto Europa QASC, que recomenda três meses de aplicação do protocolo e só posteriormente iniciar a colheita do segundo grupo. Assim, os dados do grupo após implementação serão exclusivos do presente trabalho, sendo à *posteriori* realizada a colheita do grupo de doentes após implementação a inserir na base de dados RES-Q, aquando dos *timings* definidos do projeto.

Apresenta-se de seguida o desenho (Figura 3) do presente trabalho de investigação para melhor compreensão das várias fases do estudo:

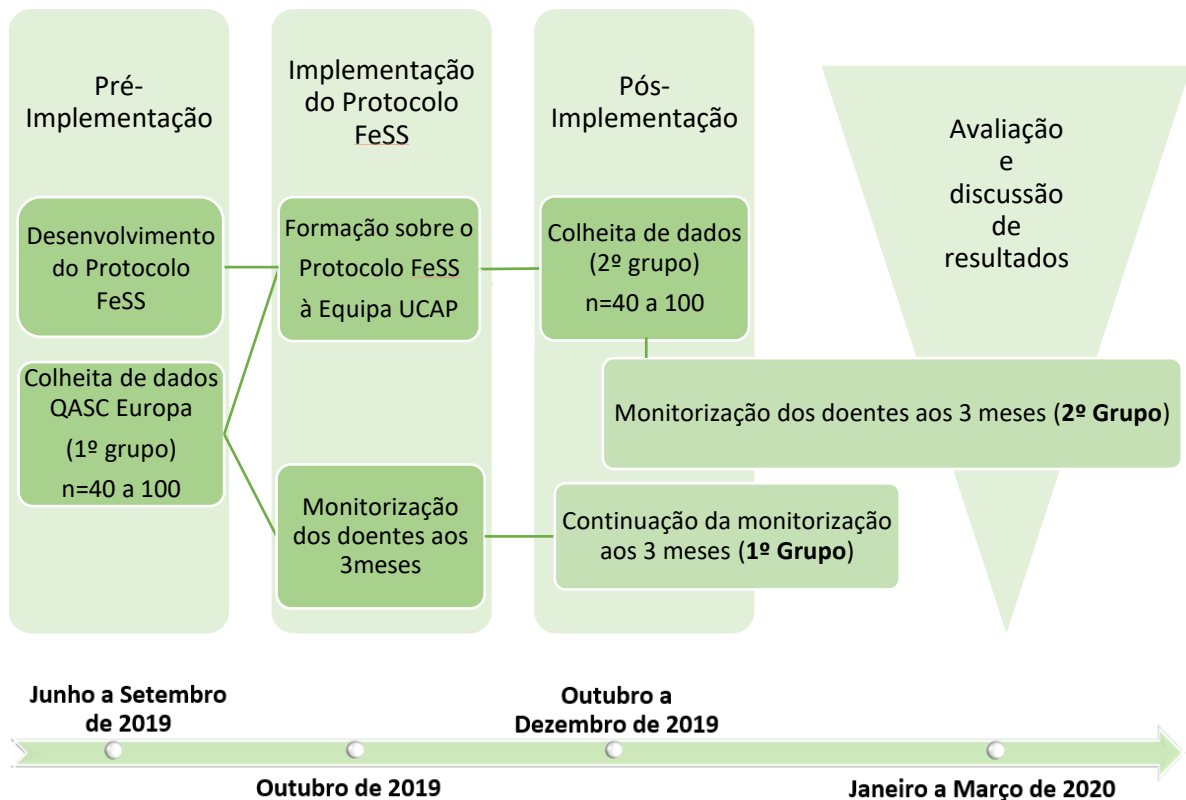


Figura 3 - Desenho/cronograma do estudo

Tendo por base o exposto, o nosso estudo é longitudinal prospetivo, descritivo comparativo e do tipo quase experimental. Classificamos como quase experimental, dado que não há controlo de algumas variáveis e porque as pessoas em estudo não foram selecionadas ao acaso para os grupos. No que concerne ao método de tratamento de dados trata-se de um estudo quantitativo, dado que se pretende descrever, e verificar relações entre variáveis (Fortin, 1999).

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo deste estudo inclui os doentes internados na Unidade de Cuidados Agudos Polivalente do Centro Hospitalar de Leiria com AVC. A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência, cumprindo os critérios de inclusão e exclusão definidos. Foram formados dois grupos de avaliação:

- O **primeiro grupo** composto pelos doentes internados de 20 de junho até 20 de setembro de 2019, antes da implementação dos protocolos FeSS;
- O **segundo grupo**, composto pelos doentes internados entre 9 de outubro de 2019 e 31 de dezembro de 2019, após a realização da formação para implementação dos protocolos FeSS.

Para a seleção da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão, cumprindo os previamente definidos pelo projeto QASC:

- Doentes internados com AVC na Unidade de AVC da Unidade de Cuidados Agudos Polivalente do Centro Hospitalar de Leiria;
- Doentes com início de sintomas com menos de 48 horas à admissão hospitalar;
- Doentes que não se encontrem em cuidados paliativos.
- Doentes com diagnóstico de AVC, AVC isquémico, AVC Hemorrágico, Enfarte Cerebral, Hemorragia Cerebral, AVC não especificado, Hemorragia intracerebral não especificada;
- Doentes com idade superior a 18 anos;
- Doentes que facultem contato telefónico (do próprio ou de um familiar);

- Doentes com capacidade para assinar e consentir a participação do estudo (através do consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação aprovado para o estudo);

Definiram-se ainda critérios de exclusão:

- Doentes com hemorragia subaracnóideia, hematoma subdural/epidural ou acidente isquémico transitório;
- Doentes incapazes de consentir a sua participação no estudo.

Apesar de número total de doentes admitidos na UAVC-UCAP, de 20 de junho até 31 de dezembro de 2019 ter sido 262 doentes, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, incluindo o respetivo consentimento informado, obteve um total de 88 doentes para o presente estudo. Assim, o primeiro grupo conta com a participação de 46 doentes e o segundo com 42 doentes.

2.3. INSTRUMENTO

Para colheita de dados do presente estudo recorreu-se ao instrumento facultado pelo projeto QASC Europa, preenchido através auditoria do processo clínico do doente, com auxílio do “Dicionário de Dados” (Anexo II), no qual são descritos os critérios e orientações sobre cada das questões/opções de resposta. Os dados foram introduzidos na base de dados da plataforma RES-Q.

Foram adicionadas algumas questões para aprofundamento do presente estudo. Assim, o instrumento de colheita de dados utilizado encontra-se dividido em duas partes: a primeira relativa à colheita de dados realizada durante o internamento do doente na UAVC-UCAP e a segunda parte, elaborada exclusivamente para este estudo, onde constam as questões a realizar no contacto telefónico a realizar aos três meses após o AVC (Apêndice III).

O instrumento começa com uma breve colheita de dados sociodemográficos (idade em anos, género) e contacto telefónico do próprio doente ou familiar/pessoa significativa. Relativamente à idade, serão formadas posteriormente classes etárias tendo por base os estudos em discussão (<65anos; 65-74; 75-84; >85anos) (Middleton et al., 2011; Middleton, Lydtin, et al., 2016).

Seguidamente, solicita-se dados relativos à data e hora de início dos sintomas (última vez que foi visto bem), data de admissão hospitalar e de admissão na unidade de AVC, capacidade de marcha no momento de admissão (sem auxílio de terceiros), diagnóstico (isquémico, hemorrágico e desconhecido) e antecedentes pessoais (AVC prévio, DM ou nenhum), aos quais foi adicionado as opções hipertensão arterial, fibrilhação auricular, dislipidemia, por serem descritas na bibliografia como alguns dos fatores de risco mais frequentes.

O NIHSS registado no processo clínico foi um dos dados colhidos para o estudo. Este varia entre 0 e 42, mas para facilitar a sua posterior análise e discussão, foram criadas classes quanto ao grau de severidade, tendo em conta os autores do estudo (Lopes, 2017; Ruborg, Gunnarsson, & Ström, 2017) .

Para compreender melhor o percurso do doente, incluiu-se a questão relativa ao primeiro hospital (serviço de urgência) a que o doente recorreu, bem como se foi eventualmente transferido a outra unidade hospitalar, nomeadamente para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

No instrumento fornecido pelo QASC, prevê-se a avaliação da funcionalidade prévia do doente, antes do evento, através do registo da escala de *Rankin* modificada no processo. Caso este seja desconhecido, procede-se à aplicação do algoritmo para obtenção do *score* correspondente, com referência a que as opções são igualmente válidas e em dúvida, deverá ser assumida a categoria mais severa. Para posterior comparação com alguns estudos, será assumido a dependência se avaliação funcional mRS ≥ 2 , como referido anteriormente.

Para melhor compreender o grau de dependência do doente no momento da admissão no internamento, procedeu-se à colheita de dados através do registo da intervenção “avaliar autocuidado”, que faz uso do índice de *Barthel*. Para facilitar a sua discussão, serão formadas classes tendo por base os autores Middleton et al. (2009) que classifica: <20 dependente total; 20-35 dependente elevado; 40-55 dependente moderada; 60 - 99 dependente mínimo; 100 independente).

Relativamente à questão do tipo de tratamento a que o doente foi submetido, o instrumento prevê apenas a opção fibrinólise, tendo sido acrescentada o registo de realização de trombectomia.

Posteriormente, através da auditoria dos registos ao processo clínico, o instrumento solicita a verificação da monitorização da temperatura e da glicémia de acordo com o protocolo (pelo menos quatro vezes ao dia) e, perante a existência de aumento da temperatura ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) e glicémia capilar ($\geq 180\text{mg/dl}$), se foi realizada uma intervenção em de acordo com o protocolo (administrado antipirético/insulina). Exista uma questão relativa a realização de colheita de sangue venoso para avaliação da glicémia laboratorial, sendo que foi acrescentada a questão da realização de glicémia capilar no momento de admissão hospitalar, nomeadamente na triagem ou nos registos da abordagem inicial.

Relativamente à deglutição, surgem questões relativas sobre a data e hora da realização do rastreio. Se foi realizado antes da ingestão de alimentos, fluídos ou medicamentos via oral, bem como o seu resultado, quer pela equipa de Enfermagem quer por profissionais de saúde da Medicina Física e Reabilitação.

Para posterior comparação com os estudos existentes, definem-se como critérios de cumprimento do protocolo as seguintes premissas:

Tabela 3 - Premissas para cumprir o protocolo FeSS

Cumprimento do protocolo FeSS

Febre

Monitorização da temperatura pelo menos quatro vezes por dia (M1, M2 e M3), durante as primeiras 72 horas de internamento;

Temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, administrar Paracetamol (T1) durante a primeira hora após a avaliação (T2);

Hiperglicemia

Monitorização da glicémia capilar pelo menos quatro vezes por dia (M1, M2 e M3), durante as primeiras 72 horas de internamento;

Glicémia $\geq 180\text{mg/dl}$, administrar insulina (T1), durante a primeira hora após a avaliação (T2), durante as primeiras 48 horas de internamento;

Disfagia

Realizar rastreio da disfagia nas primeiras 24 horas desde a admissão hospitalar (M1);

Realizar o rastreio antes da administração de medicamentos via oral (M2) e antes da administração de alimentos/fluídos (M3);

Os doentes com compromisso da deglutição devem ser avaliados pela Medicina Física e Reabilitação (MFR)/Terapeuta da Fala (T1);

Ao concluir a primeira parte do questionário, levantam-se questões relativas à alta do doente, nomeadamente sobre a capacidade de marcha do doente, o destino após alta e reavaliação da escala de *Rankin* modificada.

Para complementar a avaliação no momento de alta, foram adicionadas questões sobre a avaliação da Fisiatra bem como o número de sessões realizadas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional.

Adicionaram-se questões relativas a diagnósticos secundários ao longo do internamento, tal como a disfagia, pneumonia de aspiração e fibrilhação auricular.

Com o intuito de avaliação a evolução do doente, fez-se novamente a colheita do *score* do índice de *Barthel* no momento da alta (tendo sido assumido como critério o seu registo/reavaliação nas 48 horas anteriores ao momento de alta hospitalar).

Uma vez que muitos doentes não têm alta hospitalar diretamente da UAVC, ampliou-se a questão, avaliando o destino após alta da UAVC-UCAP e o destino da alta hospitalar, bem como as datas das respetivas altas.

Na segunda parte do questionário, elaborou-se o guia de questões a realizar no contacto telefónico com o doente ou familiar/cuidador, três meses após o evento. Na ausência de resposta ao contato telefónico, foram colhidos dados através dos registos em processo clínico relativos a consultas médicas (medicina, neurologia, fisioterapia), bem como episódios de urgência e/ou internamento hospitalar.

Na abordagem telefónica procedeu-se à avaliação do atual grau de funcionalidade e independência (através do uso do algoritmo e índice respetivos), identificação das classes profissionais de saúde que acompanharam o doente após a alta, bem como o local onde permaneceu (domicílio, lar, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, entre outros).

Incluíram-se algumas questões sobre a ocorrência de complicações médicas nos três meses após alta, bem como eventual necessidade de novo internamento hospitalar e se houve agravamento ou melhoria da disfagia (no caso dos doentes com alteração da deglutição durante o internamento).

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A Comissão Nacional da Proteção de Dados (CNDP) [2015, p.1], na Deliberação n.º 1704/2015, refere que a “investigação clínica é essencial para o progresso da medicina, muito contribuindo para o desenvolvimento e o bem-estar das pessoas”, contudo deve reger-se pelo respeito pela dignidade da pessoa humana, cumprindo os padrões éticos e jurídicos definidos. Segundo a (CNDP, 2015) que cita o artigo 3.º da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho (Lei da Investigação Clínica), os estudos

deverão respeitar o princípio da dignidade humana e os seus direitos fundamentais, bem como o respeito pela privacidade e dos direitos da personalidade.

A investigação em seres humanos pode implicar danos aos direitos e liberdade da pessoa, como tal, o investigador deve antever a proteção desses direitos e da liberdade dos participantes do estudo. Assim sendo, existem princípios ou direitos fundamentais, definidos pelos “códigos de ética: o direito a autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (Fortin, 1999, p.116).

O Centro de Investigação do Centro Hospitalar de Leiria visa promover e coordenar os estudos e projetos de investigação a desenvolver na instituição. Compete ainda validar e submeter os pedidos de aprovação de estudos de investigação clínica ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do referido hospital (CHL, 2015).

Como tal, sendo este estudo desenvolvido no Centro Hospitalar de Leiria, foram submetidos, os pedidos de aprovação da colheita e tratamentos de dados ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética (Anexo III) para a realização do estudo de investigação, cumprindo os pressupostos acima referidos.

Dado o estudo recorrer ao uso de dados colhidos e inseridos na plataforma RES-Q, ao abrigo do projeto QASC, foi solicitada a utilização dos mesmos à equipa internacional do projeto assim como à autora principal dos estudos realizados na Austrália, que deram origem ao projeto, sendo o *feedback* de ambos positivo (Apêndice IV).

Uma vez que o estudo incide na colheita de dados junto dos doentes, foi solicitada a sua participação através do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice V). Este deverá ser dado sem qualquer ameaça, promessa ou pressão à pessoa nas suas plenas faculdades mentais, após toda a informação pertinente sobre o estudo em causa. Caso o doente esteja inconsciente, ou com dificuldade intelectual, torna-se aceitável se: a investigação traduzir mais benefício para o próprio doente do que para o estudo; se o estudo englobar pessoas vulneráveis e não vulneráveis; se o processo de consentimento livre é executado de forma rigorosa e os riscos são mínimos (Fortin, 1999). Ainda assim, foram apenas incluídos os doentes com capacidade de consentir a sua participação no estudo.

2.5. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do aplicativo informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) Versão 26, com recurso à estatística descritiva e inferencial. Serão descritos o conjunto de dados numérico (Fortin, 1999), sendo determinadas as medidas de tendência central: média, mediana, mínimo (X_{\min}) e máximo (X_{\max}) e as medidas de dispersão: desvio padrão (D.P.). Apresentou-se a distribuição através de frequências absolutas e relativas.

Recorreu-se a estatística inferencial para verificar a existência de diferenças ou relações entre variáveis em estudo, tendo sido aplicado os seguintes testes estatísticos: *T Student*, *Qui Quadrado* e Teste exato de *Fisher*.

Para testar as hipóteses em estudo e para comparar os grupos antes e após a implementação do protocolo a amostra em estudo é emparelhada. quando nos referimos à avaliação dos scores antes do evento, na alta e aos três meses, recorreu-se à aplicação do teste paramétricos *T Student* para amostras emparelhadas.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo é apresentada a caracterização dos doentes e os resultados obtidos, na fase pré-implementação e na fase pós-implementação do protocolo FeSS, através da recolha de dados realizada.

Os dados apresentados têm por base o instrumento de colheita de dados, após aplicação de estatística descritiva, permitindo a análise dos mesmos, sendo os resultados apresentados em tabelas, facilitando a sua análise e compreensão.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS DOENTES EM ESTUDO

Na fase de pré implementação do protocolo (**primeiro grupo**), obtivemos uma amostra de 46 participantes. Apresentavam idades entre os 41 e os 97 anos, com média de 70,74 anos, um desvio padrão de 12,38 anos e uma mediana da idade de 72,50 anos (Tabela 4).

Relativamente às classes etárias, constatou-se que 14 (30,4%) dos doentes tinham idade inferior a 65 anos, 12 (26,1%) doentes entre 65 e 74 anos, 16 (34,8%) entre os 75 e os 84 anos e 4 (8,7%) doentes com mais de 85 anos (Tabela 5).

No que se refere ao grupo após implementação do protocolo FeSS (**segundo grupo**), verificou-se que a idade oscilou entre os 39 e os 97 anos, uma média de 70,31 anos, um desvio padrão de 13,34 e mediana de 71,50 anos (Tabela 4).

Verificou-se ainda que 12 (28,6%) dos doentes com menos de 65 anos, 13 (31%) tinham idades entre os 65 e os 74 anos, 11 (26,2%) entre os 75 e os 84 anos. Constatou-se a participação no estudo de 6 (14,3%) de doentes com idades superiores aos 85 anos (Tabela 5).

Através da aplicação do teste *T Student* (Tabela 4), verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas das idades entre os dois grupos ($t=0,157$; $p>0,05$). O mesmo foi averiguado na relação das classes etárias e os grupos estudados ($\chi^2 =1,341$; $p>0,05$).

Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto à idade (anos) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Idade	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	46	41	97	70,74	12,38	61,75	72,50	80,00	0,157	0,876
2º Grupo	42	39	97	70,31	13,34	64,00	71,50	79,25		

Tabela 5 - Distribuição da idade por classes e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Idade	1º Grupo		2º Grupo		Qui Quadrado	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
<65	14	30,4	12	28,6	1,341	0,719
65-74	12	26,1	13	31,0		
75-84	16	34,8	11	26,2		
>85	4	8,7	6	14,3		
Total	46	100,0	42	100,0		

Constatou-se que 52,2% da amostra do grupo pré-implementação do protocolo pertence ao género feminino e 47,8% ao género masculino (Tabela 6), enquanto que, no segundo grupo, após a implementação do protocolo, 42,9% são do género feminino e 57,1% são do género masculino (Tabela 6).

Após a aplicação do teste *Qui Quadrado* (Tabela 6), não se verificou relação estatisticamente significativa entre o género nos dois grupos ($\chi^2=0,764$; $p>0,05$).

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao género e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Género	1º Grupo		2º Grupo		Qui Quadrado	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Feminino	22	52,2	18	42,9	0,764	0,382
Masculino	24	47,8	24	57,1		
Total	46	100,0	42	100,0		

Relativamente à data e hora de início de sintomas, no primeiro grupo, verificou-se que esta é omissa/desconhecida num doente (que recorreu inicialmente ao CHUC, sem registo de hora de admissão na carta de transferência). Nos restantes 45 doentes, o tempo decorrido entre o início de sintomas e a admissão hospitalar oscilou entre 27 minutos e 28h22 minutos. A média foi 05h19m, com desvio padrão de 06h56m e mediana de 02h06m (Tabela 7).

No segundo grupo, o tempo decorrido variou entre 28 minutos e 32h13 minutos, com média de 5h48m, com desvio padrão de 07h22m e mediana de 02h29m (Tabela 8).

Através da aplicação do teste estatístico *T Student* (Tabela 7), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no tempo entre o início de sintomas e a admissão hospitalar ($t=-0,319$; $p>0,05$).

Tabela 7 - Caracterização do intervalo de tempo entre o início de sintomas e a admissão hospitalar (dias, horas e minutos) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Tempo (d hh:mm)	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	45	00:27	1 04:22	05:19	06:56	01:09	02:06	06:56	-0,319	0,751
2º Grupo	42	00:28	1 08:13	05:48	07:22	01:25	02:29	07:47		

No primeiro grupo, observou-se que 32 (69,6%) doentes não apresentavam informação relativa à sua capacidade em caminhar de forma independente (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar). Nove (19,6%) foram admitidos no hospital com registo de marcha independente, e cinco (10,9%) com referência a que não se apresentavam a caminhar de forma independente (Tabela 8).

No segundo grupo, 36 (85,7%) doentes não dispunham de informação sobre a capacidade de marcha à admissão, enquanto que seis (14,3%) doentes tinham referência a não caminharem na admissão hospitalar (Tabela 8).

Não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado*, uma vez que não apresentaram critérios para a sua aplicação.

Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à capacidade de caminhar de forma independente na admissão hospitalar

Admissão a andar	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	9	19,6	0	0,0
Não	5	10,9	6	14,3
Desconhecido	32	69,6	36	85,7
Total	46	100,0	42	100,0

Relativamente aos fatores de risco em estudo (hipertensão, dislipidemia, diabetes, AVC prévio e fibrilhação auricular) pode-se constatar que prevalece em ambos os grupos a hipertensão arterial como fator de risco maioritário, estando presente em 29 (63%) doentes no primeiro grupo e em 31 (73,8%) doentes no segundo grupo. Relativamente aos restantes fatores de risco, no primeiro grupo verificou-se 16 (34,8%) doentes com dislipidemia, 12 (26,1%) com diabetes *mellitus*, seis (13%) com AVC anterior e seis (13%) com fibrilhação auricular. Destaca-se a existência de 10 (21,7%) doentes sem nenhum dos fatores de risco em estudo (Tabela 9).

No segundo grupo, constatou-se que 17 (40,5%) doentes tinham dislipidemia, 15 (35,7%) diabetes, oito (19%) AVC prévio e cinco (11,9%) FA. Neste grupo, existiram ainda oito (19%) doentes sem os referidos fatores de risco (Tabela 9).

Não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado* por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 9 - Distribuição dos fatores de risco da amostra

Fatores de Risco	1º Grupo (n=46)		2º Grupo (n=42)	
	Nº	%	Nº	%
HTA	29	63,0	31	73,8
Dislipidemia	16	34,8	17	40,5
DM	12	26,1	15	35,7
AVC	6	13,0	8	19,0
FA	6	13,0	5	11,9
Nenhum	10	21,7	8	19,0

No grupo de doentes pré-implementação do protocolo, verificou-se que 34 (73,9%) recorreram diretamente ao serviço de urgência do Hospital Santo André, enquanto que quatro (8,7%) se deslocaram ao Hospital Distrital de Pombal e seis (13%) ao Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira. Ainda se constatou que um doente (2,2%) recorreu ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e outro (2,2%) ao Hospital da Figueira da Foz (Tabela 10).

Quanto ao grupo após implementação do protocolo FeSS, 37 (88,1%) recorreram ao Hospital Santo André e três (7,1%) ao Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira. Verificou-se ainda um (2,4%) doente que recorreu ao Hospital Distrital de Pombal e outro (2,4%) ao Hospital da Figueira da Foz (Tabela 10).

Não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado* por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 10 - Distribuição dos serviços de urgência a que os doentes recorreram

Serviço de Urgência	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
HSA	34	73,9	37	88,1
HDP	4	8,7	1	2,4
HABLO	6	13,0	3	7,1
CHUC	1	2,2	0	0
HFF	1	2,2	1	2,4
Total	46	100,0	42	100,0

No primeiro grupo, após a admissão ao serviço de urgência, 13 (28,3%) foram transferidos ao CHUC para serem observados para eventual tratamento reperfusor endovascular (Tabela 11).

No que se refere ao segundo grupo, conforme é possível analisar na Tabela 11, sete (16,7%) doentes foram transferidos para a referida instituição.

Concluiu-se, com aplicação do teste *Qui Quadrado* (Tabela 11), não existir relação significativamente estatística entre o primeiro e segundo grupos ($\chi^2=1,680$; $p>0,05$).

Tabela 11 - Distribuição dos doentes transferidos para o CHUC após admissão no serviço de urgência e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Transferência para o CHUC	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	13	28,3	7	16,7	1,680	0,195
Não	33	71,7	35	83,3		
Total	46	100,0	42	100,0		

Na admissão do doente no serviço de urgência, no primeiro grupo, foi avaliado o NIHSS a 25 (54,3%) doentes (Tabela 12), os quais apresentaram *scores* entre 0 e 19, com média de 6,08, desvio padrão de 4,51 e mediana de 4 (Tabela 13).

Por sua vez, no segundo grupo, constatou-se que o NIHSS foi avaliado a 25 (59,5%) dos doentes (Tabela 12), cujo *score* oscilou entre 1 e 16, com média de 6,28, desvio padrão de 4,69 e mediana de 6 (Tabela 13).

Atendendo ao valor da escala de NIHSS da admissão, no primeiro grupo, 10 (40%) dos AVC seriam *minor*, 11 (44%) AVC moderado e um (4%) AVC moderado-severo (Tabela 14). Destaca-se ainda três (12%) que na admissão já se encontravam sem sintomas. No segundo

grupo, a maioria foi AVC *minor* (48%), 11 (44%) AVC moderado e dois (8%) AVC moderado-severo (Tabela 14).

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, quer no número de doentes em que foi avaliados/registado o NIHSS ($\chi^2=0,240$; $p>0,05$) como se apresenta na Tabela 12, quer nos *scores* obtidos, na Tabela 13 ($t=-0,154$; $p>0,05$).

Quanto ao grau de severidade (NIHSS em classes), não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado*, uma vez que não apresentaram critérios para a sua aplicação.

Tabela 12 - Distribuição dos doentes quanto ao registo do NIHSS e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Registo do NIHSS	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Efetuada	25	54,3	25	59,5	0,240	0,624
Não efetuada	21	45,7	17	40,5		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 13 - Caracterização do NIHSS e respetiva comparação entre grupos através do teste *T Student*

NIHSS	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo	25	0	19	6,08	4,51	4,00	4,00	9,00	-0,154	0,878
2º Grupo	25	1	16	6,28	4,69	2,00	6,00	9,00		

Tabela 14 - Distribuição do grau de severidade (NIHSS em classes)

NIHSS	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
0 – Sem sintomas	3	12	0	0,0
1-4 AVC <i>minor</i>	10	40,0	12	48,0
5-15 AVC moderado	11	44,0	11	44,0
16-21 AVC moderado-severo	1	4,0	2	8,0
Total	25	100,0	25	100,0

Relativamente ao grau de funcionalidade prévio ao evento, avaliado através da escala de *Rankin* modificada, esta apenas foi registada em 10 (21,7%) processos dos doentes do grupo pré implementação do protocolo (Tabela 15). O *mRankin* oscilou entre 1 com 4, com média de 1,90, desvio padrão de 0,99 e mediana de 2. Aos restantes 36 (78,3%) doentes (Tabela 16), foi aplicado o algoritmo equivalente previamente descrito. Assim, pode-se constatar que, o cálculo do *mRankin* através do algoritmo obteve resultados entre 0 e 5, com média de 0,69, com desvio padrão de 1,49 e mediana de 0 (Tabela 16). Por sua vez, analisando ambos

os resultados (*score* registado e resultado obtido no algoritmo), reconheceu-se *mRankin* médio de 0,96, com desvio padrão de 1,48 e mediana de 0 (Tabela 16).

No que concerne ao segundo grupo, o *mRankin* foi registado em seis (14,3%) doentes (Tabela 15), entre 0 e 3, com média de 0,83, desvio padrão de 1,17 e mediana de 0,50. Os restantes doentes (85,7%), avaliados através do algoritmo, obtiveram resultados entre 0 e 3, com média de 0,56, com desvio padrão de 0,70. A mediana situou-se nos 0. Ao juntarmos todos os doentes, obteve-se um *mRankin* médio de 0,60, com desvio padrão de 0,77 e mediana de 0 (Tabela 16).

Através da aplicação do teste *Qui Quadrado*, não se verificaram diferenças estatísticas entre o registo do *mRankin* de todos os doentes e os dois grupos ($\chi^2=0,820$; $p>0,05$), apresentados na Tabela 15, assim como na comparação entre *scores* por grupos, através da aplicação do teste *T Student* ($t=1,459$; $p>0,05$), como se pode visualizar na Tabela 16.

Tabela 15 - Distribuição dos doentes quanto ao registo do *mRankin* antes do AVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Registo do <i>mRankin</i>	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Efetuada	10	21,7	6	14,3	0,820	0,365
Não efetuada	36	78,3	36	85,7		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 16 - Caracterização do *mRankin* prévio ao evento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

	mRS	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
										<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo	Score mRS registado	10	1	4	1,90	0,99	1,00	2,00	2,25	1,459	0,149
	mRS através do algoritmo	36	0	5	0,69	1,49	0,00	0,00	0,75		
	mRS de todos os doentes	46	0	5	0,96	1,48	0,00	0,00	2,00		
2º Grupo	mRS de todos os doentes	42	0	3	0,60	0,77	0,00	0,00	1,00		
	Score mRS registado	6	0	3	0,83	1,17	0,00	0,50	1,50		
	mRS através do algoritmo	36	0	3	0,56	0,70	0,00	0,00	1,00		

Quanto ao tipo de AVC, verificou-se que 39 (84,9%) foram AVC isquémicos e sete (15,2%) hemorrágicos no primeiro grupo. No segundo grupo, 40 (95,2%) foram diagnosticados como AVC isquémicos e apenas dois (4,8%) AVC hemorrágicos (Tabela 17). Não se verificam

diferenças significativas entre os dois grupos ($p > 0,05$), resultado obtido através da aplicação do teste de *Fisher* (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição da amostra quanto ao tipo de AVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Tipo de AVC	1º Grupo		2º Grupo		Teste de <i>Fisher</i>	
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>	
Isquémico	39	84,9	40	95,2	0,161	
Hemorrágico	7	15,2	2	4,8		
Total	46	100,0	42	100,0		

No primeiro grupo, dos 39 doentes com AVC isquémico, apurou-se que 17 (43,6%) realizaram fibrinólise (Tabela 18) e oito (20,5%) foram submetidos a tratamento endovascular - trombectomia (Tabela 19), enquanto que no segundo grupo, 13 (32,5%) fizeram fibrinólise (Tabela 17) e 3 (7,5%) trombectomia (Tabela 18). Com a aplicação do teste *Qui Quadrado* não se verificaram relações estatísticas entre os dois grupos quando à fibrinólise ($\chi^2=0,352$; $p > 0,05$), como se apresenta na Tabela 18, assim como para os doentes submetidos a trombectomia ($\chi^2=2,108$; $p > 0,05$), a observar na Tabela 19 .

Tabela 18 – Distribuição dos doentes com AVC isquémico que realizaram fibrinólise e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Fibrinólise	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	17	43,6	13	32,5	0,352	0,553
Não	22	56,4	27	67,5		
Total	39	100,0	40	100,0		

Tabela 19 – Distribuição doentes com AVC isquémico que realizaram trombectomia e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Trombectomia	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	8	20,5	3	7,5	2,108	0,147
Não	31	79,5	37	92,5		
Total	39	100,0	40	100,0		

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS NA UAVC

Todos os doentes de ambos os grupos estiveram internados na UAVC-UCAP, tendo em conta ser dos pressupostos para participação no presente estudo (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição face ao internamento em Unidade de AVC

Internamento em UAVC	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	46	100	42	100
Total	46	100,0	42	100,0

Quanto ao intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e admissão na UAVC-UCAP, no primeiro grupo, verificou-se que esta é omissa/desconhecida em um doente (admissão inicial no CHUC, sem registo de hora de admissão na carta de transferência). O intervalo oscilou entre 1h46m e no máximo 12 dias e 11h05m, com média de um dia e 7h39m, com desvio padrão de dois dias e 01h19m e mediana de 16h15m (Tabela 21). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, após a aplicação do teste *T Student* ($t=1,140$; $p>0,05$).

Relativamente ao segundo grupo, o intervalo desde o início de sintomas e a admissão na UAVC oscilou entre 53 minutos e três dias e 1h22m, com média de 22h21, com desvio padrão de 19h47m. A mediana situou-se nas 16h24 (Tabela 21). Através da aplicação do teste estatístico *T Student*, não se verificaram diferenças estatísticas entre os grupos ($t=1,259$; $p>0,05$).

Tabela 21 - Caracterização do intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e a admissão na UCAP-UAVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Tempo (d hh:mm)	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	45	01:46	12 11:05	1 07:39	2 01:19	06:13	16:15	1 15:56	1,140	0,257
2º Grupo	42	00:53	3 01:22	22:21	19:47	05:53	16:24	1 13:04		

No que concerne ao tempo entre o início de sintomas e a admissão na UAVC, no primeiro grupo, verificou-se que este oscilou entre 3h23m e 12dias e 12h24m, com média de um dia e 14h42m, desvio padrão de dois dias e 2h12m. A mediana situou-se em um dia e 50minutos (Tabela 22).

Relativamente ao segundo grupo, o tempo decorrido entre o início de sintomas e a admissão na UAVC-UCAP oscilou entre 2h59minutos e três dias e 3h11m, média de um dia e 4h09m, com desvio padrão de 21h34m e mediana de um dia e 1h39m (Tabela 22).

Após a aplicação do teste *T Student* (Tabela 22) não se verificaram diferenças estatísticas entre o tempo decorrido entre o intervalo de tempo desde início de sintomas e a admissão na UAVC e os dois grupos em estudo ($t=1,259$; $p>0,05$).

Tabela 22 - Caracterização do intervalo de tempo entre a início de sintomas e a admissão na UCAP-UAVC e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Tempo (d hh:mm)	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	46	03:23	12 12:24	1 14:42	2 02:12	09:10	1 00:50	2 02:19	1,259	0,211
2º Grupo	42	02:59	3 03:11	1 04:09	21:34	08:01	1 01:39	1 20:40		

Na admissão à UAVC-UCAP, foi avaliado o grau de dependência, através do índice de *Barthel* registado no programa *SCLínico*[®], tendo-se verificado, no grupo antes da implementação dos protocolos, que o índice de *Barthel* oscilou entre 0 e 100, com média de 56,11, desvio padrão de 29,31 e mediana de 64 (Tabela 23).

No grupo após a implementação dos protocolos, constatou-se que o índice de *Barthel* variou entre 0 e 100, com média de 57,62, com desvio padrão de 25,90. A mediana situou-se nos 60 (Tabela 23). Através da aplicação do teste *T Student* (Tabela 23), não se verificam diferenças estatísticas entre o índice de *Barthel* na admissão ($t=-0,255$; $p>0,05$).

Tabela 23 - Caracterização do Índice de *Barthel* na admissão da UAVC-UCAP e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

<i>Barthel</i> na admissão	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	46	0	100	56,11	29,31	35	64	76,25	-0,255	0,799
2º Grupo	42	0	100	57,62	25,90	43,75	60,00	75,00		

Metade dos doentes do primeiro grupo, na admissão à UAVC, apresentaram-se com dependência mínima e três (6,5%) como independentes. Por outro lado, oito (17,4%) encontravam-se com dependência total, quatro (8,7%) como dependente elevado e oito (17,4%) como dependente moderado (Tabela 24).

Em relação ao segundo grupo, prevalecem os doentes com dependência mínima (Nº 18, 42,9%). Quatro (9,5%) doentes encontravam-se independentes na admissão, enquanto que

três (7,1%) totalmente dependentes. Verificou-se ainda que cinco (11,9%) estavam com dependência elevada e 12 (28,6%) como dependência moderada (Tabela 24).

Não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado* por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 24 - Distribuição do grau de dependência (Barthel) na admissão à UAVC-UCAP

Barthel na admissão	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
< 20 Dependente Total	8	17,4	3	7,1
20 – 35 Dependente Elevado	4	8,7	5	11,9
40 – 55 Dependente Moderado	8	17,4	12	28,6
60 – 99 Dependente Mínimo	23	50,0	18	42,9
100 - Independente	3	6,5	4	9,5
Total	46	100,0	42	100,0

Face à avaliação da temperatura no mínimo quatro vezes ao dia, nas primeiras 72 horas, foi possível analisar que no primeiro dia (primeiras 24 horas de internamento), 42 (91,3%) dos 46 doentes foram avaliados pelo menos quatro vezes, enquanto no segundo dia, 40 (90,1%) dos 44 doentes internados cumpriram avaliações recomendadas. No terceiro dia, as quatro avaliações foram realizadas a 38 (90,5%) doentes dos 42 internados (Tabela 25).

Observando os dados do segundo grupo, verificou-se que no primeiro dia, 40 (95,2%) dos 42 doentes internados, foram avaliadas pelo menos as quatro vezes recomendadas, enquanto no segundo dia 41 (97,6%) cumpriram as avaliações. No terceiro dia, dos 38 doentes internados, 37 (97,3%) apresentavam pelo menos quatro avaliações da temperatura (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição quanto à avaliação da temperatura pelo menos 4 vezes ao dia, nos três primeiros dias de internamento

Monitorização da temperatura pelo menos quatro vezes por dia	1º Grupo			2º Grupo		
	Nº doentes internados por dia	Nº de doentes avaliados	%	Nº doentes internados por dia	Nº de doentes avaliados	%
M1 – Primeiro dia*	46	42	91,3	42	40	95,2
M2 – Segundo dia	44	40	90,1	42	41	97,6
M3 – Terceiro dia	42	38	90,5	38	37	97,3
Nenhum dos dias		1			0	

*Primeiro dia indica as primeiras 24 horas desde a admissão na UAVC-UCAP;

Como se pode constatar na Tabela 26, durante as primeiras 72 horas de internamento, 17 (37%) doentes, do primeiro grupo, apresentaram pelo menos um episódio de temperatura superior a 37,5°C, sendo que a seis (35,3%) destes doentes foi administrado Paracetamol (Tabela 27). Verificou-se que apenas a três (50%) doentes o paracetamol foi administrado na primeira hora após a avaliação da temperatura (Tabela 28).

Relativamente ao segundo grupo, 15 (35,7%) apresentaram pelo menos um episódio de temperatura superior a 37,5°C (Tabela 26), de entre os quais, a seis (33,3%) foi administrado Paracetamol (Tabela 27), mas somente a três (50%) o antipirético foi administrado na primeira hora após a avaliação com temperatura superior a 37,5°C (Tabela 28).

Após a aplicação dos testes estatísticos correspondentes, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre os grupos, quer nos doentes que apresentaram hipertermia ($\chi^2=0,015$; $p>0,05$), quer entre os doentes dos dois grupos quanto à administração do paracetamol ($\chi^2=0,014$; $p>0,05$).

Tabela 26 - Distribuição dos doentes que tiveram temperatura $\geq 37,5^\circ\text{C}$ nas primeiras 72 horas de internamento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Temperatura $\geq 37,5^\circ\text{C}$	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	17	37,0	15	35,7	0,015	0,904
Não	29	63,0	27	64,3		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 27 - Distribuição dos doentes que tiveram temperatura $\geq 37,5^\circ\text{C}$ e que foi administrado Paracetamol e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Paracetamol	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
T1 - Sim	6	35,3	5	33,3	0,014	0,907
Não	11	64,7	10	66,7		
Total	17	100,0	15	100,0		

Tabela 28 - Distribuição dos doentes que fizeram Paracetamol e se este foi administrado na primeira hora após avaliação e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Paracetamol na 1ª hora	1º Grupo		2º Grupo		<i>Teste de Fisher</i>
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
T2 - Sim	3	50,0	5	100,0	0,182
Não	3	50,0	0	0,0	
Total	6	100,0	5	100,0	

O protocolo de monitorização da temperatura considerou-se cumprido quando se verificaram registos de avaliação pelo menos quatro vezes ao dia nas primeiras 72h. Considerando os doentes que permaneceram internados pelo menos 72 horas (primeiro grupo n=42), verificou-se que 33 (78,6%) doentes do primeiro grupo cumpriram, enquanto que no segundo grupo 36 (94,7%) doentes também cumpriram o protocolo de monitorização (Tabela 29). Após a aplicação do teste *Qui Quadrado*, constatámos que existe relação estatisticamente significativa no cumprimento do protocolo entre os grupos antes e após a implementação do protocolo de monitorização ($\chi^2=4,396$; $p<0,05$).

Relativamente ao cumprimento do protocolo de monitorização e tratamento da temperatura (cumprir o protocolo de monitorização e administração de Paracetamol na primeira hora, se pico febril), verificou-se que foi cumprido em 21 (50%) dos doentes do primeiro grupo e em 24 (63,2%) do segundo grupo (Tabela 29). Com a aplicação do teste estatístico *Qui Quadrado*, não se verifica relação entre os dois grupos ($\chi^2=1,404$; $p<0,05$).

Tabela 29 - Distribuição da monitorização e tratamento da febre e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Cumprimento do protocolo	1º Grupo (n=42*)		2º Grupo (n=38*)		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Monitorização de acordo com o protocolo FeSS ¹	33	78,6	36	94,7	4,396	0,036
Monitorização e tratamento de acordo com o protocolo FeSS ²	21	50,0	24	63,2	1,404	0,236

* Doentes com internamento de pelo menos 72horas;

¹Deve ter cumprido M1, M2 e M3 para ser considerado monitorizado de acordo com o protocolo;

²Deve ter cumprido M1, M2, M3, T1 e T2 para ser considerado monitorizado e tratado de acordo com o protocolo.

Na admissão ao serviço de urgência, a 44 (95,7%) doentes do primeiro grupo realizaram glicémia através de análise laboratorial (Tabela 30), enquanto que a 40 (87%) foi realizada glicémia capilar. Por outro lado, a quatro (8,7%) não foi realizada glicémia capilar e em dois (4,3%) casos esta informação é desconhecida.

Face ao segundo grupo em estudo, após a implementação dos protocolos, verificou-se que a glicémia através de análise laboratorial foi realizada em 39 (92,9%) dos doentes (Tabela 30), todavia existem dois (4,8%) em que esta análise não foi realizada e em um (2,4%) esta informação é desconhecida.

Quanto à avaliação da glicémia capilar na admissão ao serviço de urgência, no segundo grupo, constatou-se que foi realizada em 39 (92,9%) dos doentes (Tabela 31). Contudo, denotou-se a não realização em dois (4,8%) dos doentes e não existe informação sobre a sua realização em um (2,4%) doente.

Em ambas as situações, não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado*, porque não cumpre os requisitos para a aplicação.

Tabela 30 - Distribuição dos doentes quanto à avaliação da glicémia através de análise laboratorial na admissão hospitalar

Glicémia laboratorial	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	44	95,7	39	92,9
Não	1	2,2	2	4,8
Desconhecido	1	2,2	1	2,4
Total	46	100,0	42	100,0

Tabela 31 - Distribuição dos doentes quanto à avaliação da glicémia capilar na admissão hospitalar

Glicémia capilar	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	40	87,0	39	92,9
Não	4	8,7	2	4,8
Desconhecido	2	4,3	1	2,4
Total	46	100,0	42	100,0

Relativamente à avaliação da glicémia capilar pelo menos quatro vezes ao dia, nas primeiras 72 horas de internamento, no primeiro grupo verificou-se que esta foi realizada a 35 (76,1%) doentes no primeiro dia e a 35 (79,5%) no segundo dia. No terceiro dia foi avaliada a 27 (64,3%) doentes (Tabela 32).

Examinando os dados do segundo grupo, verificou-se que no primeiro dia de internamento, 29 (69%) doentes completaram as quatro avaliações da glicémia capilar recomendadas. No segundo dia, 34 (81%) e no terceiro dia 31 (81,6%) doentes (Tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição quanto à avaliação da glicémia capilar pelo menos 4 vezes ao dia, nos três primeiros dias de internamento

Monitorização da glicémia pelo menos quatro vezes por dia	1º Grupo			2º Grupo		
	Nº doentes internados por dia	Nº de doentes avaliados	%	Nº doentes internados por dia	Nº de doentes avaliados	%
M1 – Primeiro dia*	46	35	76,1	42	29	69,0
M2 – Segundo dia	44	35	79,5	42	34	81,0
M3 – Terceiro dia	42	27	64,3	38	31	81,6

*Primeiro dia indica as primeiras 24 horas desde a admissão na UAVC-UCAP;

Nas primeiras 48 horas de internamento, 13 (28,3%) doentes do primeiro grupo apresentaram hiperglicemia (≥ 180 mg/dl) (Tabela 33), sendo que a cinco (38,5%) foi administrada insulina (Tabela 34), tendo esta sido administrada na primeira hora após avaliação (Tabela 35) a todos os doentes.

Face aos doentes do segundo grupo, 17 (40,5%) apresentaram hiperglicemia (Tabela 33), sendo apenas a três (17,6%) administrada insulina (Tabela 34) e sempre na primeira hora após a avaliação (Tabela 35).

Com a aplicação dos respetivos testes estatísticos, não se verificaram relações estatísticas entre o primeiro e o segundo grupo quer no episódio de hiperglicemia ($\chi^2=1,458$; $p<0,05$), apresentado na Tabela 33, quer perante a administração de insulina ($p=0,242$), como se pode visualizar na Tabela 34.

Tabela 33 - Distribuição dos doentes que tiveram glicémia capilar ≥ 180 mg/dl nas primeiras 48 horas de internamento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Glicémia capilar ≥ 180 mg/dl	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	13	28,3	17	40,5	1,458	0,227
Não	33	71,7	25	59,5		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 34 - Distribuição dos doentes que tiveram glicémia capilar ≥ 180 mg/dl e que foi administrada insulina e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Insulina	1º Grupo		2º Grupo		<i>Teste de Fisher</i>
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
T1 -Sim	5	38,5	3	17,6	0,242
Não	8	61,5	14	82,4	
Total	13	100,0	17	100,0	

Tabela 35 - Distribuição dos doentes que tiveram glicémia capilar ≥ 180 mg/dl e que foi administrada insulina

Insulina na 1ª Hora	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
T2 - Sim	5	100,0	3	100,0
Total	5	100,0	3	100,0

Assumindo apenas os doentes que permaneceram internados pelo menos três dias, o protocolo da hiperglicemia é considerado cumprido se existiu avaliação da glicémia pelo menos quatro vezes ao dia, nas primeiras 72 horas. Assim, verificou-se que a 21 (50%) doentes do primeiro grupo foi cumprido o protocolo, enquanto que no segundo grupo a 23 (60,5%) doentes (Tabela 36). Com a aplicação do teste *Qui Quadrado*, verificou-se não existir relações significativas ($t=0,893$; $p>0,05$).

Relativamente ao cumprimento do protocolo de monitorização e tratamento da hiperglicemia, assumindo o cumprimento do protocolo de monitorização e a administração de insulina dentro da primeira hora após glicémia capilar ≥ 180 mg/dl. Verificou-se que no primeiro grupo foi cumprido em 13 (61,9%) doentes e no segundo grupo, 14 (60,9%) doentes (Tabela 36), sem se terem verificado relações estatisticamente significativas, após a aplicação do teste *Qui Quadrado* ($t=0,005$; $p>0,05$).

Tabela 36 - Distribuição quanto monitorização e tratamento da hiperglicémia e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Monitorização e tratamento da hiperglicémia	1º Grupo (n=42*)		2º Grupo (n=38*)		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Monitorização de acordo com o protocolo FeSS ¹	21	50,0	23	60,5	0,893	0,345
Monitorização e tratamento de acordo com o protocolo FeSS ²	13	61,9	14	60,9	0,005	0,944

* Doentes com internamento de pelo menos 72 horas;

¹Deve ter cumprido M1, M2 e M3 para ser considerado monitorizado de acordo com o protocolo;

²Deve ter cumprido M1, M2, M3, T1 e T2 para ser considerado monitorizado e tratado de acordo com o protocolo

No que concerne à deglutição, 42 (91,3%) foram avaliados através de rastreio pela equipa de Enfermagem (Tabela 37) no primeiro grupo. De entre os que realizaram teste de deglutição, 24 (57,1%) foi realizada nas primeiras 24 horas após admissão hospitalar (Tabela 38). Verificou-se que a 10 (23,8%) doentes o teste foi realizado após as 24 horas e em oito (19,0%) doentes essa informação é desconhecida (Tabela 38).

Quando se analisam os dados do segundo grupo, verifica-se que a 37 (83,3%) doentes foi realizado o rastreio da deglutição (Tabela 37), dos quais a 16 (43,2%), o rastreio foi realizado nas primeiras 24 horas de admissão hospitalar (Tabela 38). Existe um doente (2,4%) que não foi possível apurar a hora de realização do teste, mas há referência de ter sido realizado. Por outro lado, em 20 (54,1%) doentes o rastreio foi feito após as 24 horas de admissão hospitalar (Tabela 38).

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente ao número de doentes a quem foi realizado teste de deglutição ($p > 0,05$), como se verifica na Tabela 37.

Tabela 37 - Distribuição dos doentes que realizaram teste de deglutição (por Enfermeiro) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de Fisher

Teste da deglutição	1º Grupo		2º Grupo		Teste de Fisher
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
Sim	42	91,3	37	88,1	0,731
Não	4	8,7	5	11,9	
Total	46	100,0	42	100,0	

Tabela 38 - Distribuição dos doentes que realizaram teste de deglutição nas primeiras 24 horas após admissão hospitalar (por Enfermeiro)

Teste da deglutição nas primeiras 24 horas	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
M1 - Sim	24	57,1	16	43,2
Não	10	23,8	20	54,1
Desconhecido	8	19,0	1	2,7
Total	42*	100,0	37*	100,0

* Número de doentes que realizaram teste de deglutição

O teste da deglutição foi realizado a cinco (11,9%) doentes do primeiro grupo, antes da administração de qualquer terapêutica oral, sendo que a 22 (52,4%) já teria sido administrada terapêutica e em 15 (35,7%) doentes essa informação é desconhecida (Tabela 39).

No segundo grupo, verifica-se que o rastreio foi realizado a 10 (27,0%) doentes antes da administração de medicamentos via oral. Em contrapartida, foi realizado após medicação a 19 (51,4%) doentes e a informação é desconhecida em oito (21,6%) dos casos (Tabela 39).

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre os dois grupos, através da aplicação do teste *Qui Quadrado* ($\chi^2=3,715$; $p>0,05$), como se observa na Tabela 39.

Tabela 39 - Distribuição dos doentes a quem foi realizado teste da deglutição antes da administração de medicação via oral e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Antes de medicamentos	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
M2 - Sim	5	11,9	10	27,0	3,715	0,156
Não	22	52,4	19	51,4		
Desconhecido	15	35,7	8	21,6		
Total	42	100,0	37	100,0		

Relativamente ao primeiro grupo, face à administração de alimentos antes do teste, constatou-se que 22 (52,4%) já teriam ingerido alimentos, enquanto quatro (9,5%) ainda não tinham registo de alimentação oral prévio à realização do teste da deglutição. Esta informação é desconhecida em 16 (38,1%) dos casos (Tabela 40).

Quanto ao segundo grupo, 10 (27%) foram submetidos ao rastreio antes da ingestão de alimentos enquanto 19 (51,4%) foram avaliados depois de terem iniciado dieta oral. A informação é desconhecida em oito (21,6%) dos doentes (Tabela 40).

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o primeiro e segundo grupos, quanto à ingestão de alimentos antes da realização do teste da deglutição, através da aplicação do teste estatístico *Qui Quadrado* ($\chi^2=5,162$; $p>0,05$), presente na Tabela 40.

Tabela 40 - Distribuição dos doentes a quem foi realizado teste da deglutição antes da administração de alimentos e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Antes de alimentos	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
M3 - Sim	4	9,5	10	27,0	5,162	0,076
Não	22	52,4	19	51,4		
Desconhecido	16	38,1	8	21,6		
Total	42	100,0	42	100,0		

Dos doentes avaliados pelos Enfermeiros, detetou-se alteração da deglutição em cinco (11,9%) no primeiro grupo (Tabela) e seis (16,2%) no segundo grupo, após a implementação do protocolo FeSS (Tabela 41), sem relações estatisticamente significativas ($\chi^2=0,305$; $p>0,05$).

Tabela 41 - Distribuição dos doentes que passaram no teste de deglutição (sem compromisso da deglutição) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Passaram o teste da deglutição	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	37	88,1	31	83,8	0,305	0,581
Não	5	11,9	6	16,2		
Total	42	100,0	37	100,0		

Relativamente ao primeiro grupo, dos doentes com compromisso da deglutição, identificada pelo rastreio realizado pelos Enfermeiros, quatro (80%) foram avaliados por profissionais da MFR (TF/Fisiatra), enquanto no segundo grupo, todos os doentes (seis) com disfagia foram posteriormente avaliados pela Terapia da Fala ou Fisiatra (Tabela 42).

Tabela 42 - Distribuição dos doentes que não passaram no teste de deglutição (compromisso da deglutição) e que foram avaliados pelos profissionais da MFR

Compromisso da deglutição e avaliação pela MFR	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
T1 - Sim	4	80,0	6	100,0
Não	1	20,0	0	0,0
Total	5	100,0	6	100,0

Independentemente do resultado do rastreio realizado pelos Enfermeiros, verificou-se que sete (15,2%) doentes foram submetidos a avaliação da deglutição por parte de um profissional de saúde da Medicina Física e Reabilitação (Tabela 43), sendo que os sete (100%), foram avaliados pela Terapeuta da Fala (Tabela 44). Unicamente foram detetadas alterações da deglutição em quatro (57,1%) dos doentes avaliados pela Terapeuta da Fala (Tabela 45).

No segundo grupo, 14 (33,3%) foram avaliados pela MFR (Tabela 43), sendo que nove (64,3%) foram avaliados pela Terapeuta da Fala e cinco (35,7%) pelo Fisiatra (Tabela 44). Destes doentes, seis (42,9%) apresentaram compromisso da deglutição (Tabela 45).

Após a aplicação do teste *Qui Quadrado* (Tabela 43), verificou-se uma relação estatisticamente significativa quanto ao número de doentes avaliados por parte dos profissionais da MFR entre os grupos antes e após a implementação do protocolo de monitorização ($\chi^2=3,966$; $p=0,046$).

Por outro lado, não se verificou relação entre a classe profissional que realizou a avaliação da deglutição (TF ou Fisiatra) apurado através do resultado do teste de *Fisher* ($p>0,05$), apresentado na Tabela 44.

O mesmo se constatou relativamente ao resultado da avaliação da deglutição, entre o primeiro e segundos grupos, como é possível analisar na Tabela 45.

Tabela 43 - Distribuição dos doentes que realizaram avaliação de deglutição por profissionais da MFR e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Avaliação da deglutição	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	7	15,2	14	33,3	3,966	0,046
Não	39	84,8	28	66,7		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 44 - Distribuição dos doentes que realizaram avaliação de deglutição pelos profissionais da MFR e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Profissional da MFR	1º Grupo		2º Grupo		<i>Teste de Fisher</i>
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
Terapeuta da Fala	7	100,0	9	64,3	0,123
Outro (Fisiatra)	0	0,0	5	35,7	
Total	7	100,0	14	100,0	

Tabela 45 - Distribuição dos doentes sem compromisso da deglutição após avaliação pela Terapeuta da Fala/MFR e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Passaram avaliação da deglutição	1º Grupo		2º Grupo		<i>Teste de Fisher</i>
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
Sim	3	42,9	8	57,1	0,659
Não	4	57,1	6	42,9	
Total	7	100,0	14	100,0	

Analisando os doentes a quem foi identificada disfagia pelos Enfermeiros e/ou pelos Terapeutas da Fala/MFR, verificou-se existir uma relação estatisticamente muito significativa ($p<0,01$) (Tabela 46).

Tabela 46 - Distribuição dos doentes a quem foi detetado compromisso da deglutição por Enfermeiros e pela Terapia da Fala/Fisiatra, através da aplicação do teste exato de *Fisher*

		Compromisso da deglutição através do TTD (Enfermeiros)			<i>Teste de Fisher</i>
		Sim	Não	Total	<i>p</i>
Compromisso da deglutição através da avaliação pela TF/MRF	Sim	8	2	10	0,009
	Não	2	9	11	
Total		10	11	21	

Assumindo que o cumprimento do protocolo de avaliação da disfagia implica o rastreio nas primeiras 24 horas de admissão hospitalar e que seja realizado antes de ingestão de alimentos/medicamentos via oral, verificou-se que foi cumprido o protocolo a cinco (10,9%) doentes do primeiro grupo e a 10 (23,8%) doentes do segundo grupo (Tabela 47). Com a aplicação do teste *Qui Quadrado*, verificou-se não existir relação estatisticamente significativa ($\chi^2=2,60$; $p>0,05$).

Relativamente ao cumprimento do protocolo de monitorização e tratamento da disfagia, que inclui a referenciação e observação por Terapeuta da Fala/MFR se alteração da deglutição, verificou-se que foi cumprido em cinco (10,9%) doentes do primeiro grupo face a 10 (23,8%) doentes do segundo grupo. Com a aplicação do teste *Qui Quadrado* (Tabela 47), verificou-se não existir relação estatisticamente ($\chi^2=2,60$; $p>0,05$).

Tabela 47 - Distribuição quanto monitorização da disfagia e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Monitorização e tratamento da disfagia	1º Grupo (n=46)		2º Grupo (n=42)		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Monitorização de acordo com o protocolo FeSS ¹	5	10,9	10	23,8	2,600	0,107
Monitorização e tratamento de acordo com o protocolo FeSS ²	5	10,9	10	23,8	2,600	0,107

¹Deve ter cumprido M1, M2 e M3 para ser considerado monitorizado de acordo com o protocolo;

²Deve ter cumprido M1, M2, M3 e T1 para ser considerado monitorizado e tratado de acordo com o protocolo;

Analisando os resultados da aplicação de todos os pressupostos do protocolo FeSS (Tabela 48), verificou-se que este apenas foi cumprido a dois (4,3%) dos doentes do primeiro grupo e dois (4,8%) doentes no segundo grupo. Não se verificaram relações estatisticamente significativas de aplicação do protocolo entre os dois grupos, resultado verificado através do teste exato de *Fisher* ($p>0,05$).

Tabela 48 - Distribuição dos doentes a quem foi cumprido o todo o protocolo FeSS e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Protocolo FeSS	1º Grupo		2º Grupo		<i>Teste de Fisher</i>
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
Sim	2	4,3	2	4,8	0,657
Não	44	95,7	40	95,2	
Total	46	100,0	42	100,0	

3.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DURANTE TODO O INTERNAMENTO ATÉ À ALTA HOSPITALAR

Ao longo do internamento hospitalar, 26 (56,5%) doentes foram avaliados pela Fisiatria (Tabela 49), sendo esta observação realizada entre as 6h54 e os 11dias e 21h59m. Em média foi realizada em 4dias e 16h46m desde a admissão na UAVC-UCAP, com desvio padrão 2 dias e 12h46m e mediana de 4 dias e 15h22m (Tabela 50).

Face ao grupo após a implementação do protocolo FeSS, verifica-se que 27 (64,3%) dos doentes foram avaliados pela Fisiatria (Tabela 49). Esta avaliação decorreu entre as 17h50 e os 15 dias e 20h10m, em média a cinco dias e 03h54m desde a admissão na UAVC-UCAP, com desvio padrão de três dias e 10h04m e mediana de cinco dias 1h22m (Tabela 50).

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o número de doentes avaliados por grupo ($\chi^2=0,552$; $p>0,05$), como se observa na Tabela 49, bem como diferenças estatisticamente significativas em relação ao intervalo de tempo entre a admissão e avaliação pela fisiatria, apresentado na Tabela 50 ($t=-0,576$; $p>0,05$), após a aplicação dos testes correspondentes.

Tabela 49 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela MFR durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Avaliação MFR	1º Grupo		2º Grupo		<i>Qui Quadrado</i>	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	<i>p</i>
Sim	26	56,5	27	64,3	0,552	0,457
Não	20	43,5	15	35,7		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 50 - Caracterização dos intervalos de tempo entre a admissão na UAVC-UCAP e a avaliação pela MFR (dias, horas e minutos) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

MFR	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo	26	06:54	11 21:59	4 16:43	2 12:43	2 20:08	4 15:22	5 21:03	-0,576	0,576
2º Grupo	27	17:50	15 20:10	5 03:54	3 10:04	3 01:48	5 01:22	6 15:08		

No primeiro grupo, 30 (65,2%) doentes fizeram fisioterapia, enquanto em 16 (34,8%) não existe registo (Tabela 51). O número de sessões de fisioterapia oscilou entre um e 13, com média de 4,63 sessões, desvio padrão de 3,33 e mediana de 3,50 (Tabela 52).

Comparativamente ao segundo grupo, 29 (69%) doentes realizaram fisioterapia (Tabela 51), entre uma e 14 sessões. A média foi de 5,1 sessões ao longo do internamento hospitalar, com desvio padrão de 3,46 e mediana de 4 sessões (Tabela 52).

Segundo a aplicação do teste *T Student* (Tabela 52), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t=-0,654$; $p>0,05$).

Tabela 51 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela Fisioterapeuta durante o internamento hospitalar

Fisioterapia	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	30	65,2	29	69,0
Não	16	34,8	13	31,0
Total	46	100,0	42	100,0

Tabela 52 - Caracterização do número de sessões realizadas de Fisioterapia durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Fisioterapia	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	30	1	13	4,63	3,33	2,00	3,50	7,25	-0,654	0,515
2º Grupo	29	1	14	5,1	3,46	2,00	4,00	8,00		

No primeiro grupo, nove (19,6%) doentes foram avaliados e realizaram terapia da fala (Tabela 53), entre uma a oito sessões. Em média os doentes que realizaram 3,33 sessões, com desvio padrão de 2,83 e mediana de duas sessões ao longo de todo o internamento hospitalar (Tabela 54).

Quanto ao segundo grupo, nove (21,4%) doentes foram avaliados, tendo realizado entre uma a nove sessões (Tabela 53). Em média foram realizadas quatro sessões de terapia da fala, durante o internamento hospitalar, com desvio padrão de 3,28. A mediana de número de sessões situa-se nas quatro sessões (Tabela 54).

Após a aplicação do teste *T Student* (Tabela 54), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas estatísticas entre os grupos ($t=-0,480$; $p>0,05$).

Tabela 53 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela Terapeuta da Fala durante o internamento hospitalar

Terapia da Fala	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	9	19,6	9	21,4
Não	37	80,4	33	78,6
Total	46	100,0	42	100,0

Tabela 54 - Caracterização do número de sessões realizadas de Terapeuta da Fala durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Terapia da Fala	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	9	1	8	3,33	2,83	1,00	2,00	6,50	-0,480	0,632
2º Grupo	9	1	9	4,00	3,28	1,00	4,00	7,50		

Quanto à Terapia Ocupacional, verificou-se que cinco (10,9%) doentes fizeram reabilitação com os terapeutas ocupacionais (Tabela 55), no grupo de doentes antes da implementação do protocolo FeSS. O número de sessões oscilou entre uma e oito sessões, em média 4,40 sessões, desvio padrão de 3,29 e mediana de cinco (Tabela 56), no decorrer do internamento hospitalar.

Em relação ao segundo grupo de doentes, três (7,1%) doentes realizaram terapia ocupacional (Tabela 55), entre duas a três sessões. Em média, realizaram 2,33 sessões ao longo do internamento hospitalar, com desvio padrão de 0,58. Duas sessões foi a mediana do segundo grupo (Tabela 56).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, através da aplicação do teste *T Student* ($t=1,163$; $p>0,05$), observável na Tabela 56.

Tabela 55 - Distribuição dos doentes que foram avaliados pela Terapeuta Ocupacional durante o internamento hospitalar

Terapia Ocupacional	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	5	10,9	3	7,1
Não	41	89,1	39	92,9
Total	46	100,0	42	100,0

Tabela 56 - Caracterização do número de sessões realizadas de Terapeuta Ocupacional durante o internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Terapia Ocupacional	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	T Student	
									t	p
1º Grupo	5	1	8	4,40	3,29	1,00	5,00	7,50	1,163	0,249
2º Grupo	3	2	3	2,33	0,58	2,00	2,00			

Ao longo do internamento hospitalar, verificou-se registo de disfagia/compromisso da deglutição em oito (17,4%) doentes no primeiro grupo (Tabela 57) e apenas um (2,2%) doente com diagnóstico de pneumonia de aspiração, como intercorrência ao longo do internamento hospitalar (Tabela 58).

Perante os doentes do segundo grupo, existe registo de oito (19%) doentes de alterações da deglutição, ao longo do internamento (Tabela 57) e um (2,4%) doente com diagnóstico de pneumonia de aspiração (Tabela 58).

Em ambos os doentes com pneumonia de aspiração existe registo de disfagia, desde a realização do primeiro rastreio da deglutição.

Não se verificam relações estatisticamente significativas entre os grupos, após a aplicação dos respetivos testes estatísticos, relativamente à presença de disfagia ($\chi^2=0,040$; $p>0,05$), apresentado na Tabela 57, assim como ao diagnóstico de pneumonia de aspiração ($p>0,05$), como se pode observar na Tabela 58.

Tabela 57 - Distribuição dos doentes com registo de disfagia ao longo do internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

Disfagia	1º Grupo		2º Grupo		Qui Quadrado	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Sim	8	17,4	8	19,0	0,040	0,841
Não	38	82,6	34	81,0		
Total	46	100,0	42	100,0		

Tabela 58 - Distribuição dos doentes com registo de pneumonia de aspiração ao longo do internamento hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de *Fisher*

Pneumonia de Aspiração	1º Grupo		2º Grupo		Teste de Fisher
	Nº	%	Nº	%	p
Sim	1	2,2	1	2,4	0,730
Não	45	97,8	41	97,6	
Total	46	100,0	42	100,0	

Ao analisar os vários processos dos doentes do primeiro grupo de doentes, constatou-se a deteção de quatro (8,7%) casos de fibrilhação auricular de novo (Tabela 59), ou seja, doentes sem antecedentes conhecidos desta patologia.

No que se refere aos doentes analisados no segundo grupo, verificou-se cinco (11,9%) doentes com diagnóstico de fibrilhação auricular de novo (Tabela 59).

Após a aplicação do teste dos correspondente (Tabela 59), não se verificaram relações estatisticamente significativas entre os dois grupos e o diagnóstico de fibrilhação auricular de novo ($p > 0,05$).

Tabela 59 - Distribuição dos doentes com diagnóstico de fibrilhação auricular de novo e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste exato de Fisher

Fibrilhação Auricular	1º Grupo		2º Grupo		Teste de Fisher	
	Nº	%	Nº	%	p	
Sim	4	8,7	5	11,9	0,731	
Não	42	91,3	37	88,1		
Total	46	100,0	42	100,0		

A quando da alta hospitalar, verificou-se que 33 (71,7%) doentes do primeiro grupo foram capazes de deambular por si próprios, sem assistência de terceiros (Tabela 60).

No que respeita aos doentes do segundo grupo, destacam-se 28 (66,7%) capazes de deambular no momento da alta hospitalar (Tabela 60).

Após a aplicação do teste *Qui Quadrado* (Tabela 60), não se verificam relações estatisticamente significativas em relação à capacidade de marcha no momento de alta, entre os grupos ($\chi^2 = 0,266$; $p > 0,05$).

Tabela 60 - Distribuição dos doentes capazes de caminhar por si próprio aquando da alta (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)

Alta a andar	1º Grupo		2º Grupo		Qui Quadrado	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Sim	33	71,7	28	66,7	0,266	0,606
Não	13	28,3	14	33,3		
Total	46	100,0	42	100,0		

Quanto à avaliação do mRankin no momento de alta hospitalar, apenas se verificou o seu registo em quatro (8,7%) doentes (Tabela 61), no primeiro grupo, sendo os restantes

avaliados através do algoritmo. Relativamente aos doentes com registo do *mRankin*, este oscilou entre 1 e 2, com média de 1,75, com desvio padrão de 0,50 e mediana de 2 (Tabela 62). Por seu lado, através do algoritmo, os resultados oscilaram entre 0 e 5, com média de 2,14, com desvio padrão 1,79 e mediana de 1,50 (Tabela 62). Ao agrupar todos os valores de *Rankin*, verifica-se uma média de 2,11, com desvio padrão de 1,72 e mediana de 2 (Tabela 62).

Relativamente ao segundo grupo, em nenhum doente existiu registo no processo do valor do *Rankin* na alta, como tal, todos os casos foram calculados através do algoritmo. Este oscilou entre 0 e 6, com *mRankin* médio de 2,14, com desvio padrão de 1,78. A mediana situa-se em 1 (Tabela 62).

Após a aplicação do teste exato de *Fisher* (Tabela 61), não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o primeiro e segundo grupo, quanto ao registo do *mRankin* no processo clínico ($p > 0,05$), assim como não se verificaram entre os grupos em relação ao *score* do *mRankin* (Tabela 62), segundo o teste *T Student* ($t = -0,092$; $p > 0,05$).

Tabela 61 - Distribuição dos doentes quanto ao registo do *Rankin* na alta hospitalar

Registo do <i>Rankin</i>	1º Grupo		2º Grupo		Teste de <i>Fisher</i>
	Nº	%	Nº	%	<i>p</i>
Efetuada	4	8,7	0	0,0	0,118
Não efetuada	42	91,3	42	100,0	
Total	46	100,0	42	100,0	

Tabela 62 - Caracterização do *mRankin* na alta hospitalar

	mRS	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
										<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo	Score mRS registado	4	1	2	1,75	0,50	1,25	2,00	2,00	-0,092	0,927
	mRS através do algoritmo	42	0	6	2,14	1,79	1,00	1,50	4,00		
	mRS de todos os doentes	46	0	6	2,11	1,72	1,00	2,00	3,25		
2º Grupo	mRS através do algoritmo	42	0	6	2,14	1,78	1,00	1,00	4,00		

O índice de *Barthel* na alta hospitalar foi avaliado e registado em 36 doentes do primeiro grupo e 24 do segundo grupo, tendo oscilado no primeiro grupo, entre 0 e 100, com média de 75,67, desvio padrão 27,63 e mediana de 77,5 (Tabela 63).

Perante os dados do segundo grupo, o índice de *Barthel* foi reavaliado entre 25 e 100, com média de 72,71, desvio padrão de 22,31 e mediana de 75 (Tabela 63). Através da aplicação do teste *T Student*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do índice de *Barthel* dos dois grupos ($t=0,469$; $p>0,05$).

Tabela 63 - Caracterização do Índice de *Barthel* na alta hospitalar e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

<i>Barthel</i> na alta hospitalar	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	36	0	100	75,67	27,63	60	77,5	100	0,469	0,641
2º Grupo	24	25	100	72,71	22,21	60	75	92,5		

Dezanove doentes (52,8%) do primeiro grupo, na alta hospitalar, apresentaram-se com dependência mínima e 10 (27,8%) como independentes. Verificou-se três (8,3%) doentes saíram com dependência moderada, três (8,3%) com dependência elevada e um doente (2,8%) como dependente total (Tabela 64).

Em relação ao segundo grupo, prevalecem os doentes com dependência mínima (58,3%). Cinco (20,8%) doentes encontravam-se independentes na alta hospitalar, três (12,5%) com dependência moderada e dois (8,3%) como dependência elevada. Destaca-se a ausência de doentes com dependência total (Tabela 64).

Não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado* por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 64 - Distribuição do grau de dependência (*Barthel*) na alta hospitalar

<i>Barthel</i> na alta	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
< 20 Dependente Total	1	2,8	0	0,0
20 – 35 Dependente Elevado	3	8,3	2	8,3
40 – 55 Dependente Moderado	3	8,3	3	12,5
60 – 99 Dependente Mínimo	19	52,8	14	58,3
100 - Independente	10	27,8	5	20,8
Total	36	100,0	24	100,0

Os doentes do primeiro grupo permaneceram internados na UAVC-UCAP entre um e sete dias, com uma média de 3,35 dias, no primeiro grupo, com desvio padrão de 1,37 e mediana de três dias (Tabela 65). No momento da alta da unidade, a maioria dos doentes (69,6%)

foram encaminhados para outro serviço do CHL, 12 (26,1%) para o domicílio e um (2,2%) doente com alta para outro hospital. Salienta-se um caso (2,2%) em que o culminou em morte ainda no internamento na UAVC-UCAP (Tabela 66).

Os doentes do segundo grupo estiveram internados na UAVC-UCAP entre um e 16 dias, com uma média 4,98 dias, com desvio padrão de 2,77 dias e mediana de 4,5 dias (Tabela 65). O destino na alta da UAVC-UCAP foi maioritariamente (85,7%) para “outro serviço”, seguido de quatro (9,5%) que tiveram alta diretamente para o domicílio. Um (2,4%) doente foi transferido para outro hospital e outro doente (2,4%) ingressou numa Unidade de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como se pode visualizar na Tabela 66).

Com a aplicação do teste *T Student* (Tabela 65), verificaram-se diferenças estatisticamente muito significativas face ao número de dias de internamento, com um aumento no segundo grupo ($t=-2,749$; $p<0,01$).

Tabela 65 - Caracterização do número dias de internamento na UAVC-UCAP) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Dias UAVC-UCAP	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	46	1	7	3,35	1,37	2,00	3,00	4,00	-2,749	0,008
2º Grupo	42	1	16	4,98	2,77	3,00	4,50	6,25		

Tabela 66 - Distribuição dos destinos após alta da UAVC-UCAP

Destino após UAVC-UCAP	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Outro serviço	32	69,6	36	85,7
Domicílio	12	26,1	4	9,5
Outro hospital	1	2,2	1	2,4
RNCCI-UC	0	0,0	1	2,4
Morte	1	2,2	0	0,0
Total	46	100,0	42	100,0

Por outro lado, no primeiro grupo, o número de dias de internamento hospitalar oscilou entre um e 35 dias, com uma média de 9,54 dias, desvio padrão de 6,79, e mediana de 7,50 dias (Tabela 67). Face à alta hospitalar, 39 (84,9%) foram para o domicílio, três (6,5%) para Unidade de Reabilitação, dois (4,3%) transferidos para outro hospital, um (2,2%) teve alta

para lar e um (2,2%) falecido (ainda no decorrer do internamento na UAVC-UCAP) (Tabela 68).

No grupo após a implementação do protocolo FeSS, o internamento hospitalar durou entre dois e 29 dias, com média 11,07 dias, com desvio padrão de 6,51 e mediana de 10,50 dias (Tabela 67). A maioria dos doentes (73,8%) teve alta para o domicílio. Destacam-se três (7,2%) que tiveram alta para lar, dois (4,8%) foram transferidos para outro hospital e igualmente dois (4,8%) ingressaram na RNCCI em Unidade de Média Duração e Reabilitação. Verificou-se ainda um (2,4%) teve alta para Unidade de Reabilitação, outra (2,4%) para Unidade de Convalescença e outra (2,4%) para Unidade de Longa Duração e Manutenção. Destaca-se um (2,4%) que faleceu no decorrer do internamento hospitalar (Tabela 68).

Através da aplicação do teste *T Student* (Tabela 67), verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos dias de internamento hospitalar entre os grupos ($t=-1,067$; $p>0,05$).

Quanto à distribuição dos destinos na alta, não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado* por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 67 - Caracterização do número dias de internamento Hospitalar) e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

Dias Internamento Hospitalar	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									t	p
1º Grupo	46	1	35	9,54	6,79	5,00	7,50	13,00	-1,067	0,289
2º Grupo	42	2	29	11,07	6,51	6,00	10,50	14,25		

Tabela 68 - Distribuição dos destinos na alta hospitalar

Destino na alta hospitalar	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Domicílio	39	84,9	31	73,8
Unidade de Reabilitação	3	6,5	1	2,4
RNCCI-UC	0	0,0	1	2,4
RNCCI-UMDR	0	0,0	2	4,8
RNCCI-UMLD	0	0,0	1	2,4
Outro hospital	2	4,3	2	4,8
Lar	1	2,2	3	7,2
Morte	1	2,2	1	2,4
Total	46	100,0	42	100,0

3.4 AVALIAÇÃO DO DOENTE AO TRÊS MESES APÓS O EVENTO

Aos três meses após o evento, através de chamada telefónica, foi possível contactar 28 (62,2%) doentes do primeiro grupo (Tabela 69), sendo 13 (28,9%) o próprio doente a responder e 15 (33,3%) familiares. Aos doentes/familiares que não foi possível o contato, conseguiu-se colher alguns dados através do processo clínico, através dos registos de consultas médicas de reavaliação (Medicina Interna e Fisiatria), em 12 (26,7%) dos casos (Tabela 70). Assim, obteve-se informação de 40 doentes aos três meses.

Relativamente ao segundo grupo, foi possível o contato telefónico com 29 (70,7%) dos doentes (Tabela 69), sendo que destes 24 (58,5%) respondeu o próprio doente e cinco (12,2%) familiares. Obteve-se alguma informação sobre cinco (12,2%) através do SClínico® (Tabela 70). De destacar três falecidos (um no decorrer do internamento e dois durante os três meses após o evento e após alta).

Tabela 69 - Distribuição dos doentes que foi possível contactar aos três meses

Contato telefónico	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	28	62,2	29	70,7
Não atendeu	17	37,8	10	24,4
Faleceu	0	0,0	2	4,9
Total	45 ¹	100,0	41 ²	100,0

¹ Um óbito no decorrer do internamento hospitalar.

² Um óbito durante o internamento e dois após a alta hospitalar.

Tabela 70 - Distribuição de quem respondeu ao contato aos três meses após o evento

Quem responde	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Doente	13	28,9	24	58,5
Familiar	15	33,3	5	12,2
SClínico®	12	26,7	5	12,2
Sem informação	5	11,1	7	17,1
Total	45	100,0	41	100,0

Ao longos dos três meses após o evento, 35 doentes do primeiro grupo permaneceram no domicílio, 16 estiveram em lar, três em Unidade de Reabilitação, dois na RNCCI-ULMD, um

na RNCCI-UMDR e um permaneceu noutra hospital. Como é possível perceber, alguns doentes ao longos dos três meses, permaneceram em diferentes locais (Tabela 71).

Relativamente aos doentes do segundo grupo, predomina o domicílio para 26 doentes. Três permaneceram em Unidade de Reabilitação, um doente em lar e três na RNCCI (um em UC, outro em ULDM e outro em UMDR), como se apresenta na Tabela 71.

Tabela 71 - Distribuição dos locais onde permaneceram após a alta hospitalar

Onde permaneceu	1º Grupo	2º Grupo
	Nº	Nº
Domicílio	35	26
Lar	3	1
Unidade de Reabilitação	1	3
RNCCI - UC	0	1
RNCCI-ULDM	2	1
RNCCI-UMDR	2	1
Outro Hospital	1	0

Foi possível verificar na Tabela 72, no primeiro grupo, 17 doentes referiram que tiveram acompanhamento por parte da Fisioterapia, oito pela Enfermagem, três pela Terapia da Fala, dois pela Terapia Ocupacional e um doente com referência a acompanhamento por um cuidador informal.

No segundo grupo, 16 doentes foram acompanhados pela Fisioterapia, sete por Enfermeiros, cinco por Terapeutas da Fala e quatro pela Terapia Ocupacional (Tabela 72).

Não foi possível a realização do teste *Qui Quadrado*, por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 72 - Distribuição dos profissionais que acompanharam os doentes após a alta hospitalar

Profissional de saúde	1º Grupo	2º Grupo
	Nº	Nº
Enfermeiro	8	7
Fisioterapeuta	17	16
Terapeuta da Fala	3	5
Terapeuta Ocupacional	2	4
Cuidador Informal	2	0

Ao analisar o grau de funcionalidade dos doentes (através do *mRankin*) do primeiro grupo aos três meses após o evento, constatamos que oscilou entre 0 e 5, com média de 1,53, desvio padrão de 1,36 e mediana de 1 (Tabela 73). Vinte e sete (67,5%) doentes apresentaram independência funcional face a 13 (32,5%) com dependência funcional (Tabela 74).

Relativamente ao segundo grupo, verifica-se o *mRankin* oscilou entre 0 e 6, com média de 1,70, com desvio padrão de 1,53 e mediana de 1 (Tabela 71). Observou-se que 21 (63,6%) doentes, aos três meses, se encontravam com independência funcional e 12 (36,4%) com dependência funcional (Tabela 74).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t=-0,508$; $p>0,05$) relativamente ao *mRankin* entre o primeiro e segundos grupos nem relação significativa quanto ao grau de funcionalidade, verificado através da aplicação do teste *Qui Quadrado* ($\chi^2=0,265$; $p>0,05$).

Tabela 73 - Caracterização do *mRankin* aos 3 meses após o evento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

		N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	T Student	
										t	p
1º Grupo	mRS aos 3 meses	40	0	6	1,53	1,36	1,00	1,00	2,00	-0,846	0,401
2º Grupo	mRS aos 3 meses	34	0	6	1,82	1,68	1,00	1,00	3,00		

Tabela 74 - Distribuição da avaliação funcional aos 3 meses o evento e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *Qui Quadrado*

mRS aos três meses	1º Grupo		2º Grupo		Qui Quadrado	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
mRS<2	27	67,5	21	61,8	0,265	0,607
mRS≥2	13	32,5	12	38,2		
Total	40	100,0	34	100,0		

Tanto no primeiro como no segundo grupo, não existem diferenças estatisticamente significativas dos valores de *mRankin* entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC (Tabela 75).

Tabela 75 - Aplicação do teste *T Student* para amostras emparelhadas para comparação do *Rankin* na alta e aos três meses entre os grupos antes e o grupo após a implementação dos protocolos

	mRS na alta		mRS aos três meses		<i>T Student amostra emparelhada</i>	
	Média	D.P.	Média	D.P.	<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo (n=40)	1,90	1,61	1,53	1,36	1,922	0,062
2º Grupo (n=34)	1,91	1,57	1,82	1,68	0,463	0,646

Comparativamente aos valores do índice de *Barthel* aos três meses após o evento, constatou-se que oscilou entre 0 e 100, com média de 88,72, com desvio padrão de 23,42 e mediana de 100 (Tabela 76).

Quanto ao segundo grupo, o *Barthel* oscilou entre 0 e 100, com média de 87,81, desvio padrão de 24,33 e mediana de 100 (Tabela 76).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas dos valores do índice de *Barthel* aos 3 meses entre o primeiro e segundo grupos ($t=0,159$; $p>0,05$), como se pode observar na Tabela 76.

Tabela 76 - Caracterização do Índice de *Barthel* aos 3 meses e respetiva comparação entre grupos através da aplicação do teste *T Student*

<i>Barthel</i> aos 3 meses	N	Xmin	Xmáx	Média	D.P.	p25	p50	p75	<i>T Student</i>	
									<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo	39	0	100	88,72	23,42	95	100	100	0,159	0,874
2º Grupo	32	0	100	87,81	24,33	90	100	100		

No primeiro grupo, 26 doentes (66,7%) referiram estar independentes e oito (20,5%) com dependência mínima. Verificaram-se que dois (5,1%) doentes tinham com dependência moderada, três (7,7%) tinham dependência elevada (Tabela 77).

Em relação ao segundo grupo, prevalecem os doentes independentes (Nº 20, 62,5%). Nove (28,1%) doentes referiram dependência mínima aos três meses, um (3,1%) com dependência moderada, outro (3,1%) como dependência elevada e ainda outro (3,1%) com dependência total (Tabela 77).

Não foi possível aplicar o teste *Qui Quadrado* por não serem cumpridos os requisitos para a sua aplicação.

Tabela 77 - Distribuição do grau de dependência (*Barthel*) três meses após o evento

<i>Barthel</i> aos 3 meses	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
< 20 Dependente Total	0	0,0	1	3,1
20 – 35 Dependente Elevado	3	7,7	1	3,1
40 – 55 Dependente Moderado	2	5,1	1	3,1
60 – 99 Dependente Mínimo	8	20,5	9	28,1
100 - Independente	26	66,7	20	62,5
Total	39	100,0	32	100,0

No primeiro grupo, constatamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas ($p=0,002$) dos valores do índice de *Barthel* entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC. Os doentes apresentam valores significativamente maiores do índice de *Barthel* após 3 meses da ocorrência do AVC (Tabela 78).

Relativamente ao segundo grupo constatamos que também existem diferenças estatisticamente muito significativas ($p=0,001$) dos valores de *Barthel* entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC. Os doentes apresentam valores significativamente maiores do índice de *Barthel* após 3 meses da ocorrência do AVC (Tabela 78).

Tabela 78 - Aplicação do teste *T Student* para amostras emparelhadas para comparação do Índice de *Barthel* na alta e aos três meses entre os grupos antes e o grupo após a implementação dos protocolos

	<i>Barthel</i> na alta		<i>Barthel</i> aos três meses		<i>T Student</i> amostra emparelhada	
	Média	D.P.	Média	D.P.	<i>t</i>	<i>p</i>
1º Grupo (n=31)	77,87	22,48	92,58	18,07	-3,453	0,002
2º Grupo (n=18)	75,56	21,14	88,89	20,48	-4,060	0,001

Ao longos dos três meses, cinco (12,5%) doentes do primeiro grupo referiram dificuldades na deglutição, 28 (70,0%) negaram disfagia e em sete (17,5%) doentes essa informação é desconhecida (Tabela 79).

Nos doentes do segundo grupo, seis (17,6%) referiram compromisso da deglutição, enquanto que 26 (76,5%) negaram dificuldade. Em dois (5,9%) doentes não foi possível obter informação (Tabela 79).

Analizados os dados, não se verificaram relações estatísticas entre o primeiro e segundo grupos ($\chi^2=0,150$; $p>0,699$).

Tabela 79 - Distribuição dos doentes com disfagia durante os 3 meses o evento

Disfagia	1º Grupo		2º Grupo		Qui Quadrado	
	Nº	%	Nº	%	χ^2	p
Sim	5	12,5	6	17,6	0,150	0,699
Não	28	70,0	26	76,5		
Desconhecido	7	17,5	2	5,9		
Total	40	100,0	34	100,0		

Dos doentes com disfagia do primeiro grupo, três (60%) referiram melhoria da mesma, enquanto dois (40%) não revelaram melhorias (Tabela 80). Um doente referiu agravamento da dificuldade na deglutição.

No segundo grupo, cinco (83,3%) doentes melhoraram em relação à disfagia (Tabela 80).

Tabela 80 - Distribuição dos doentes com disfagia que melhorou

Disfagia melhorou	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	3	60,0	5	83,3
Não	2	40,0	1	16,7
Total	5	100,0	6	100,0

Relativamente aos doentes do primeiro grupo, destacam-se 10 (25%) que referiram complicações médicas, ao longo dos três meses (Tabela 81), das quais prevalece a hipertensão arterial, em três casos, bem como infeção do trato urinário noutros três casos. Verifica-se um doente com infeção respiratória, um doente com cefaleias, um com sífilis e um caso de forame oval patente (Tabela 82).

No segundo grupo, nove (26,5%) doentes referem complicações médicas (Tabela 81), nomeadamente dois doentes com pneumonia e outros dois com traqueobronquite aguda. Verifica-se ainda um doente com hipertensão, outro com infeção do trato urinário, um com forame oval patente e de destacar uma morte ao longos dos três meses após o evento e após alta (Tabela 82).

Tabela 81 - Distribuição dos doentes que referem complicações médicas após a alta hospitalar

Complicações médicas	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	10	25,0	9	26,5
Não/Desconhecido	30	75,0	33	73,5
Total	40	100,0	34	100,0

Tabela 82 - Distribuição das complicações médicas após a alta hospitalar

Complicações médicas	1º Grupo	2º Grupo
	Nº	Nº
HTA	3	1
ITU	3	1
Sífilis	1	0
Cefaleias	1	0
Pneumonia	0	2
Infeção respiratória	1	0
Forame oval patente	1	1
Traqueobronquite aguda	0	2
Morte	1	1

Três (7,5%) dos doentes que foi possível colher informação (Tabela 83), do primeiro grupo, estiveram novamente em internamento hospitalar, dos quais dois para estudo e outro doente por infeção do trato urinário e doença renal crónica agudizada (Tabela 84). No segundo grupo, três (8,8%) doentes foram internados no hospital (Tabela 83), sendo em todos pneumonia o motivo de internamento (Tabela 84).

Tabela 83 - Distribuição dos doentes internamento de novo após a alta

Internamento hospitalar	1º Grupo		2º Grupo	
	Nº	%	Nº	%
Sim	3	7,5	3	8,8
Não	37	92,5	31	91,2
Total	40	100,0	34	100,0

Tabela 84 - Distribuição dos motivos de internamento

Motivos de internamento	1º Grupo	2º Grupo
	Nº	Nº
Estudo	2	0
ITU, DRC	1	0
Pneumonia	0	3

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo do trabalho, serão apresentados e discutidos os principais resultados da fase antes e após a implementação do protocolo FeSS, comparando-os com a revisão da literatura sobre o tema.

No presente estudo, a idade média dos doentes participantes situou-se nos 70-71 anos, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo antes e o grupo após a implementação do protocolo.

Middleton et al. (2017), no estudo com os doentes das UAVC da Austrália, obteve resultados semelhantes, assim como no estudo de Lopes (2017), sobre a utilização da via verde AVC no norte de Portugal, enquanto que Barreira, Martins, Silva, Preto, & Preto (2019), obtiveram uma média de idade ligeiramente superior (77anos).

Prevaleceu no primeiro grupo os doentes com idades entre os 75 e os 84 anos, enquanto que no segundo, a idade predominante foi entre os 65 e os 74anos, não se verificando diferenças estatísticas entre os dois grupos. Tanto Middleton et al. em 2011 como em 2016, nos estudos relativos ao ensaio QASC, na Austrália, referem não existir diferença significativa nas idades nos diferentes grupos em análise.

Contrariamente aos estudos revistos, o género predominante no primeiro grupo foi o feminino. No entanto, no segundo grupo, a maior percentagem pertence ao género masculino, ainda que sem diferença estatisticamente significativa. No estudo de Middleton et al. (2011) o masculino predominou em ambos os grupos (controlo e intervenção), bem como no estudo de 2016, igualmente sem diferença significativa entre géneros (Middleton et al., 2016). Sousa-Uva & Dias (2014) no seu estudo em Portugal, verificou predomínio de homens, bem como Barreira et al. (2019), em que 54,8% da sua amostra é do sexo masculino.

No que concerne aos fatores de risco em estudo, em ambos os grupos destaca-se a hipertensão arterial como fator de risco maioritário, indo ao encontro do que nos refere a bibliografia, destacando como fator de risco principal de AVC, seja isquémico ou hemorrágico (Fonseca et al., 2016; Nimako-doffour & Steinfurth, 2016). Lopes (2017) no seu estudo, obteve resultados análogos, com 79% dos doentes com HTA, enquanto que Barreira

et al. (2019) identificou menos doentes com HTA (64,7%), não obstante de se manter como fator de risco predominante. A dislipidemia e a diabetes *mellitus* foram os outros dois fatores de risco em estudo mais prevalentes, com resultados semelhantes aos de Lopes (2017). Relativamente ao AVC prévio constata-se percentagens ligeiramente inferiores face a Lopes (2017), tal como com a prevalência de FA quando comparado com Barreira et al. (2019).

A informação relativa à capacidade de marcha dos doentes na admissão hospitalar é omissa na grande maioria dos processos clínicos, havendo inclusive um decréscimo da mesma nos processos dos doentes do segundo grupo, mas sem relação estatisticamente significativa. A avaliação e registo do grau de funcionalidade prévio ao evento não se verificou como sendo uma prática comum dos profissionais que acolhem, avaliam e tratam o doente no serviço de urgência, sendo importante para a decisão do tipo de tratamento assim como avaliar a evolução e recuperação após o AVC.

A ausência do registo sobre a capacidade de marcha, bem como o *mRankin* remetem para a reflexão sobre a necessidade de melhorar os registos a quando da admissão do doente no SU. Estes registos possibilitam uma compreensão e objetividade do estado prévio e consequente evolução da situação clínica do doente, sendo uma sugestão a inclusão desta escala no protocolo Via Verde AVC intra-hospitalar da instituição.

Em ambos os grupos, após a aplicação do algoritmo facultado pelo instrumento, concluiu-se que a maioria dos doentes não apresentava incapacidade prévia ao evento. Estes dados vão ao encontro dos resultados de Lopes (2017), Moutinho et al. (2013) e Middleton, Lydtin, et al., (2016) que na sua amostra a maioria apresentava um *mRS* prévio 0-1.

O tempo decorrido entre o início de sintomas e a chegada ao serviço de urgência, foi em média de 5h19min, no primeiro grupo e de 5h48min no segundo, valores muito superiores aos obtidos no estudo de base populacional de Moutinho, Magalhães, Correia, & Silva (2013), sobre a avaliação da via verde AVC no norte de Portugal, que foi em média de 82 minutos, bem como do estudo de Lopes (2017) que verificou uma média de 73 minutos.

Estas diferenças poderão dever-se aos doentes incluídos no presente estudo, visto que poderão não ter recorrido ao serviço de urgência através de meios pré-hospitalares e apenas terem sido incluídos doentes com início de sintomas inferiores a 3 horas. Ainda assim, é de

destacar a importância de reconhecer os sintomas de AVC e reagir rapidamente, recorrendo aos cuidados hospitalares (Nimako-doffour & Steinfurth, 2016), sendo necessário manter programas de educação para a saúde junto da população (Fonseca et al., 2016). A Direção-Geral de Saúde (2017a) refere que os dados estatísticos disponíveis relativos a 2016, destacam que 80,7% dos doentes com AVC demorou menos de duas horas entre o reconhecimento dos sinais e sintomas e o recurso aos serviços de saúde, através da Via Verde. No nosso estudo, menos de 50% dos doentes recorreram antes das duas horas desde o reconhecimento dos sintomas e a ida ao serviço de urgência (primeiro grupo, com mediana de 2h06min e no segundo grupo com mediana de 2h29m).

A grande maioria dos doentes em estudo, recorreu ao serviço de urgência do Hospital Santo André, dado que este hospital é de referência da área geográfica, com capacidade para realização de TAC e fibrinólise e onde se encontra alocada a UAVC nível B (critério para inclusão no estudo). Os restantes hospitais onde os doentes recorreram são hospitais distritais, exceto um doente que recorreu ao CHUC (com UAVC nível A), podendo dever-se à proximidade geográfica da região norte da área de influência do CHL.

Verificou-se ainda que após recorrer ao serviço de urgência 28,3% dos doentes do primeiro grupo e 16,7% do segundo foram transferidos para o CHUC. Existe em vigor um protocolo de telemedicina na região centro, com uma rede hospitalar entre o CHUC e sete hospitais, na qual se inclui o CHL. As especialidades de neurocirurgia e neurorradiologia de intervenção estão disponíveis no CHUC, na região centro, proporcionando através de consultas de telemedicina, melhoria da capacidade de resposta e decisão de tratamento tecnicamente equitativa aos doentes que sofram um AVC (SNS, 2016). Sempre que indicado os doentes com AVC isquémico são então transferidos para o CHUC para realização de trombectomia mecânica ou no caso dos doentes com AVC hemorrágico, com necessidade de intervenção pela neurocirurgia. Alguns destes doentes transferidos, após o procedimento, ficam alguns dias internados na UAVC-CHUC e são transferidos posteriormente para a UAVC do CHL.

A ESO recomenda que os doentes com suspeita de AVC devem ser transferidos o mais cedo possível para hospitais com unidade de AVC que se possibilite um tratamento ultra-precoce (Ringleb et al., 2008b). Entre a admissão hospitalar e o internamento na UAVC-UCAP, no primeiro grupo, decorreu em média de 1 dia e 7h39min. Destaca-se um caso em que o

internamento na UAVC-UCAP que ocorreu 12 dias e meio após a admissão hospitalar, devido ao internamento prévio na UAVC nível A do CHUC. No segundo grupo, a média de tempo foi de 22h21min. Analisando o tempo desde o início de sintomas até ao internamento na UAVC-UCAP, destaca-se uma média de 1 dia 14h42min (2322 minutos) no primeiro grupo, e 1 dia 04h09min (1689 minutos), intervalo este muito superior ao apresentado no estudo de Middleton et al. (2011), com tempo médio de 826 minutos (13h46min) no grupo de controlo e 953 minutos (15h53min) no grupo sujeito ao protocolo FeSS.

O AVC isquémico foi o diagnóstico atribuído a 84,9% dos doentes do primeiro grupo e 95,2% do grupo após implementação do protocolo, resultados estes que vão ao encontro a grande parte dos autores que referem sempre o AVC isquémico como predominante na amostra, em detrimento do AVC hemorrágico. Lopes (2017) refere 83,4% dos episódios como isquémicos. Da mesma forma, Middleton et al. (2011) destaca na sua amostra a hemorragia intracerebral como diagnóstico somente de 4%-7% da amostra, resultados ligeiramente inferiores aos obtidos no presente estudo, sendo o diagnóstico de AVC hemorrágico atribuído a 15,2% da amostra do primeiro grupo, mas muito próximos dos obtidos no segundo grupo, com 4,8% dos doentes com este diagnóstico.

Dos 39 doentes com AVC isquémico do primeiro grupo, 43,6% realizaram fibrinólise e 20,5% trombectomia mecânica. Já no segundo grupo, dos 40 doentes com AVC isquémico, 32,5% realizaram fibrinólise e apenas 7,5% foram submetidos a trombectomia. Middleton et al. (2011), no seu estudo refere que apenas 7% dos doentes recebeu trombólise e a maioria deles (78%) faziam parte do grupo de controlo, enquanto que Barreira et al. (2019) referem resultados ligeiramente mais elevados (18,4% dos doentes com AVC isquémico e aos quais foi ativada a via verde AVC), mas ainda inferiores aos obtidos no presente estudo. Lopes (2017) refere que no seu estudo 35,1% dos doentes com AVC isquémico realizaram fibrinólise.

A aplicação de escalas de avaliação de défice neurológico auxiliam os profissionais de saúde tanto na avaliação da evolução clínica e prognóstico como na decisão terapêutica, bem como as escalas de avaliação do grau de funcionalidade e independência (Caneda et al., 2006). Na abordagem do doente no serviço de urgência, escala NIHSS foi avaliada a cerca de metade dos doentes, tendo havido um ligeiro aumento no número de doentes avaliados no

segundo grupo, ainda que sem diferença significativa. A Direção Geral de Saúde (2017b), recomenda a aplicação da escala NIHSS, para avaliação e quantificação do défice neurológico, na abordagem do doente à admissão no serviço de urgência, bem como a sua monitorização recorrente. A média do NIHSS da amostra é de 6, em ambos os grupos, sem diferença significativa, resultados que poderão dever-se aos critérios de inclusão (capacidade de consentir a sua participação no estudo, assinando o consentimento informado), suprimindo os doentes com AVC com maior sintomatologia e gravidade.

Na maioria dos doentes o grau de severidade avaliado através do NIHSS, foi classificado como AVC *minor*, seguido do moderado em ambos os grupos. Destaca-se ainda 12% dos doentes do primeiro já não apresentavam sintomas na admissão (NIHSS>3). São distintos os achados de Lopes (2017), com menos prevalência de AVC *minor*. Nos diferentes estudos de (Middleton et al., 2017, 2011), com recurso à escala *Los Angeles Motor Scale*, que igualmente avalia o grau de severidade, concluíram que a maioria teriam AVC graves.

Na admissão à UAVC-UCAP, cerca de metade dos doentes de ambos os grupos apresentaram-se independentes ou com dependência mínima, enquanto 17,4% do primeiro grupo e 28,6% do segundo apresentavam dependência moderada. Destaca-se ainda que 26,1% e 19% da amostra do primeiro e segundo grupos respetivamente apresentavam dependência elevada a total. Ricardo (2012) no seu estudo refere valores mais elevados, sendo 42% da sua amostra com dependência total no momento da admissão à UAVC. O mesmo autor apresenta apenas 3,7% dos doentes como autónomos/independentes, enquanto no presente estudo, a nossa amostra contava com 6,5%-9,5% de doentes com independência.

Ao analisarmos os cuidados relativos à vigilância e tratamento da temperatura, destaca-se que em ambos os grupos, a percentagem de doentes a quem foi avaliada pelo menos quatro vezes a temperatura em cada um dos dias foi superior a 90%. Estes resultados demonstram o cumprimento desta recomendação do protocolo na sua grande maioria, uma vez que, já se tratava de uma prática diária a avaliação da temperatura de 6/6h na UAVC-UCAP a todos os doentes. Middleton, Lydtin, et al. (2016) no seu estudo, apresenta resultados relativamente inferiores, quer no grupo de controlo (82-87%) quer no grupo que implementou os protocolos (88-95%), quando comparada a adesão por dias. No presente estudo, existe

variação entre os dias, em ambos os grupos, que nos parece estar associado à discrepância da hora de internamento no sistema informático e a hora efetiva em que o doente é admitido na unidade, bem como o facto de alguns doentes não permanecerem as 72 horas internados na unidade.

Destaca-se a ocorrência de temperatura superior a 37,5°C nas primeiras 72 horas, em cerca de um terço dos doentes de ambos os grupos, indo ao encontro do que nos referem vários autores. Middleton et al. (2011) apresenta resultados ligeiramente inferiores, assim como Drury et al. (2014), referindo 29% de doentes com pelo menos um episódio nas primeiras 72 horas. Por outro lado, num estudo menos recente, Castillo Dávalos, Marrugat, & Noya (1998) já referiam que 60,8% dos doentes da sua amostra apresentaram hipertermia nas primeiras 72 horas após o AVC.

Aos doentes que apresentaram hipertermia (temperatura superior a 37,5°C) é recomendado a administração de antipirético (Paracetamol), durante a primeira hora após a avaliação, contudo no presente estudo este apenas foi administrado a 35,3% dos doentes do primeiro grupo e 33,3% do segundo grupo. Conclui-se que não houve relação estatisticamente significativa com a implementação do protocolo. Middleton, Lydtin, et al. (2016) referem no seu estudo, resultados ligeiramente superiores, sendo que no grupo de controlo aos 38% da amostra que apresentou hipertermia foi administrado Paracetamol na primeira hora, comparativamente a 47% no grupo após implementação do protocolo FeSS.

Contudo, se analisarmos o cumprimento das recomendações do protocolo para monitorização da febre, verificou-se que foi cumprido em 78,6% do primeiro grupo e 94,7% no segundo, com uma relação significativa ($p < 0,05$), com uma melhoria após a implementação do protocolo FeSS. Middleton, Lydtin, et al., (2016) refere cumprimento do protocolo em 76% do primeiro grupo e 84% do segundo grupo, resultados bastantes inferiores aos obtidos no presente estudo.

Relativamente ao cumprimento do protocolo de monitorização e tratamento da febre, apurou-se não existir relação significativa entre os grupos, antes e após a aplicação do protocolo, apesar de se ter verificado um aumento dos 50% para os 63,2%, do primeiro para o segundo grupo. Estes resultados são inferiores aos obtidos por Middleton, Lydtin, et al.,

2016, que refere que 69% do grupo pré-implementação cumpriu o protocolo e 78% no segundo grupo.

Teria sido importante não só o controlo da administração do antipirético não só após o primeiro pico febril ($T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$), como prevê o instrumento, mas também de todos os episódios, bem como a monitorização da temperatura média nas primeiras 72 horas, para posterior análise, como foi realizado no estudo de Middleton et al. (2011), que verificou uma redução na média da temperatura estatisticamente muitíssimo significativa.

À globalidade dos doentes foi realizada avaliação laboratorial da glicémia, nomeadamente a 95,7% do primeiro e a 92,9% do segundo, sendo pontual a sua não realização a quando da admissão no serviço de urgência. Os resultados do presente estudo foram bastante superiores aos de Middleton, Lydtin, et al., (2016) com apenas 64% de realização de glicémia laboratorial no grupo de controlo e 70% no grupo de intervenção. A hiperglicemia na admissão está associada a maior mortalidade e pior prognóstico após o AVC, pelo que é fundamental a sua monitorização (Silva, 2011).

A realização de glicémia capilar apresenta uma execução semelhante à glicémia através de avaliação laboratorial no segundo grupo. Os doentes admitidos no serviço de urgência, submetidos a triagem de *Manchester*, dependendo da sua sintomatologia, podem encaixar em fluxogramas dos quais faz parte a avaliação da glicémia na triagem, nomeadamente a indisposição do adulto, que Pereira, Guedes, Oliveira, & Martins (2017) refere ter sido o fluxograma mais utilizado nos doentes com AVC do seu estudo.

A adesão da vigilância da glicémia capilar no internamento na UAVC-UCAP apresentou valores inferiores aos da temperatura. Essa prática não se encontrava instituída no serviço, exceto nos doentes com antecedentes de diabetes, tendo se verificado um aumento da sua realização com a aplicação do protocolo FeSS (nomeadamente no 3º dia de internamento), mas sem relação estatisticamente significativa. Foram detetados 28,3% e 40,5% doentes do primeiro e segundo grupos, respetivamente, com pelo menos um episódio de hiperglicemia, nas primeiras 48 horas de internamento, sem relação estatisticamente significativa. Middleton, Lydtin, et al. (2016) apuraram menos ocorrência de hiperglicemia, tanto no grupo antes como após a implementação do protocolo (18-19%).

Em 38,5% dos doentes do primeiro grupo e 17,6% do segundo grupo do presente estudo foi administrada insulina após a deteção de hiperglicemia, sempre na primeira hora após a avaliação da glicémia. Verifica-se que houve menos adesão mesmo após a implementação do protocolo FeSS, mas sem relação estatisticamente significativa. Estes resultados parecem-nos relacionados com alguma insegurança dos profissionais na administração de insulina a doentes não diabéticos, com valores pouco superiores a 180mg/dl, à noite e/ou relacionado com ingestão de quantidades reduzidas de alimentos às refeições.

Drury et al. (2014) identificaram 23% da sua amostra com pelo menos um episódio de hiperglicemia nas primeiras 72 horas, dos quais 31% foi administrado insulina, em média 26 minutos após a avaliação.

Mais uma vez, ao analisar as premissas do protocolo de monitorização da glicémia, verificou-se o seu cumprimento apenas em metade da amostra, com ligeiro aumento no grupo após implementação, ainda que sem relação estatisticamente significativa. Ainda assim, os resultados obtidos no presente estudo foram superiores aos de Middleton, Lydtin, et al., (2016) que apresentam um cumprimento do protocolo em 28% antes da implementação e 39% após a implementação dos protocolos.

Relativamente à monitorização e tratamento da hiperglicemia, verificaram-se resultados próximos dos 60% em ambos os grupos, sem relação significativa, mas igualmente superiores aos obtidos por Middleton, Lydtin, et al. (2016).

É recomendado a realização de rastreio da disfagia após o AVC, diminuindo o risco de pneumonia de aspiração e conseqüente aumento da morbilidade e mortalidade (Ringleb et al., 2008b). No presente estudo, o rastreio da deglutição foi realizado a 91,3% dos doentes do primeiro grupo e 88,1% do segundo. Este foi realizado nas primeiras 24 horas após admissão hospitalar a 57,1% e 43,2% dos doentes, respetivamente. Apesar da diminuição do número de doentes avaliados pelos Enfermeiros, o método de avaliação alterou, com a introdução do protocolo FeSS, uma vez que anteriormente cada Enfermeiro realizava a sua avaliação subjetiva, sem recurso a um instrumento e/ou escala. Embora não tenham sido colhidos dados passíveis de ser analisados, parece-nos que existiu um maior cuidado e sensibilidade por parte da equipa de Enfermagem para os sinais de disfagia e para importância da realização do rastreio. Middleton et al. (2011) verificaram uma melhoria

significativa na realização do rastreio da disfagia nas primeiras 24 horas na admissão da UAVC, de 7% para 46%, assim como Middleton, Lydtin, et al. (2016) refere uma melhoria menos substancial, mas ainda significativa de 43% para 52%. Por outro lado, em 2014, Drury et al. revelam resultados bastante superiores, com adesão ao rastreio de 92%.

No presente estudo, o rastreio foi realizado a 11,9% dos doentes antes da ingestão de medicamentos via oral e 9,5% antes da ingestão de alimentos no primeiro grupo. No segundo grupo, verificou-se um aumento para 27% dos doentes, quer antes dos medicamentos, quer antes de alimentos. É de notar que não existe informação em cerca de um terço dos doentes, não sendo possível confirmar se já teriam ingerido algo previamente ao rastreio. Este rastreio é realizado na UAVC-UCAP sendo que em várias situações os doentes permanecem várias horas no serviço de urgência, com início da alimentação e administração de terapêutica via oral. Não se verifica ser uma prática comum nos Enfermeiros deste serviço urgência a realização do rastreio formal da deglutição.

É recomendado nas *guidelines* internacionais que a avaliação da deglutição seja realizada antes do doentes começar a comer, beber ou serem administrados medicamentos orais (Jauch et al., 2013), sem por vezes necessário o uso de sonda nasogástrica ou pausa alimentar enquanto não for possível garantir a segurança na deglutição. Assim, sugere-se que se mantenha o doente com AVC em pausa alimentar, durante a sua permanência no serviço de urgência, até à realização do rastreio da disfagia.

Dos doentes submetidos a rastreio de deglutição, pela equipa de Enfermagem, detetou-se sinais de disfagia e/ou compromisso da deglutição em 11,9% (primeiro grupo) e 16,2% (segundo grupo), resultados relativamente inferiores aos de Middleton, Lydtin, et al. (2016), que apresenta 17% no primeiro grupo e 21% no grupo pós-implementação.

Ao longo do internamento verificou-se o registo de disfagia no processo clínico em 17,4% dos doentes do primeiro grupo e em 19% do segundo, tendo apenas havido registo de um caso em ambos os grupos (2,2% no primeiro grupo e 2,4% no segundo grupo) com diagnóstico de pneumonia de aspiração, sem relação estatística entre os grupos. Middleton et al. (2011) obteve resultados semelhantes, com prevalência da pneumonia de aspiração não diferiu entre grupos, com 3% no grupo de controlo e 2% no grupo de intervenção. Autores referem

que a introdução de rastreios da deglutição pode reduzir a incidência de pneumonia em doentes com disfagia, pelo que se reforça a importância de os realizar (Teasell et al., 2016).

Para além do rastreio realizado pelos Enfermeiros, alguns doentes foram avaliados por profissionais da Medicina Física e Reabilitação: 15,2% do primeiro grupo e 33,3% do segundo, com uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com um aumento do número de doentes avaliados pelos profissionais da MFR/TF no grupo após a implementação do protocolo FeSS, sendo esta avaliação maioritariamente realizada pela Terapeuta da Fala.

Drury et al. (2014) referem no seu estudo, que os profissionais não terapeutas da fala identificaram 31% dos doentes com suspeita de disfagia, tendo 98% destes doentes sido avaliados posteriormente por terapeutas da fala. Dos doentes avaliados pela TF, 19% apresentou comprometimento da deglutição, tendo sido instituída dieta zero.

No presente estudo, a identificação de compromisso da deglutição por Enfermeiros e pela TF/MRF relevou uma relação estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), assim, parece-nos que os Enfermeiros conseguem identificar os doentes com disfagia de uma forma concordante com a identificação pelos TF/Fisiatras.

Analisando o cumprimento do protocolo da disfagia (incluindo a monitorização e observação pela TF se compromisso da deglutição), verificou-se que este apenas foi cumprido em 11% do primeiro grupo e 23,8% do segundo grupo. Apesar de um maior número de doentes em que foi cumprido o protocolo, não se verificou relação estatisticamente significativa. Middleton, Lydtin, et al. (2016) apresentam resultados superiores, com 42% de adesão no primeiro grupo e 51% no segundo. Parece-nos que estes resultados estejam relacionados com a dificuldade de conseguir realizar o rastreio da disfagia antes da administração de medicamentos e alimentos, dado o tempo de permanência do doente no serviço de urgência/outro hospital, já anteriormente descrita.

Concluiu-se, ao verificar os cumprimentos dos três protocolos supracitados, que o protocolo FeSS foi cumprido na sua totalidade apenas a 4,3% dos doentes do primeiro grupo e a 4,8% do segundo, sem relação estatisticamente significativa entre os dois grupos. Estes resultados parecem dever-se ao elevado número de premissas a completar para ser considerado cumprido. Por outro lado, pode dever-se ao facto da colheita de dados do segundo grupo, por uma questão de *timings*, ter sido iniciada imediatamente após a formação e

consequente à implementação dos protocolos, ao contrário sugerido pelo QASC Europa (aguardar três meses de implementação). Assim, sugere-se a realização de novos momentos de formação, esclarecimento de dúvidas e definição de estratégias enquanto equipa para a melhor implementação dos referidos protocolos, para posterior colheita de dados e eventual comparação com o presente trabalho.

No presente estudo, cerca de 12-13% dos doentes já apresentavam antecedentes de FA e, tendo ao longo do internamento, quer através da monitorização eletrocardiográfica contínua, quer da realização de ECG e /ou *Holter* 24h, foi possível identificar 8,7% doentes do primeiro grupo com diagnóstico de FA “de novo” e 11,9% do segundo grupo.

Os AVC associados a fibrilhação auricular são geralmente graves, sendo um forte fator de risco que aumenta o risco de AVC em cinco vezes, comparativamente aos doentes em ritmo sinusal. A deteção da FA não só é importante para a possível identificação da causa do AVC isquémico, mas também para possibilitar a adoção de medidas direcionadas ao tratamento da FA e, consequente prevenção secundária da ocorrência de novo evento isquémico. Os Enfermeiros devem estar conscientes da importância da monitorização eletrocardiográfica destes doentes, que em monitorizações mais prolongadas são capazes de detetar FA de novo em mais 6 a 8% do que um *Holter* não diagnóstico (Fonseca et al., 2016).

Durante o internamento, mais de metade dos doentes foram avaliados pelo Fisiatra (56,5% no primeiro grupo e 64,3% no segundo grupo), sendo em média esta avaliação realizada entre o 4º e 5º dias de internamento hospitalar. A Norma 054/2011 da DGS (2011) refere que a avaliação clínica e funcional deve ser realizada o mais precocemente possível (nas primeiras 24-48h). Ainda assim, ao longo do decorrer do estudo, foi iniciado um protocolo de intervenção precoce, possibilitando que os doentes sejam avaliados e iniciem a sua reabilitação com os Fisioterapeutas e os Terapeutas da Fala, nas áreas da prevenção de sequelas de imobilidade e prevenção da pneumonia de aspiração, mesmo antes da avaliação por parte do Fisiatra, indo ao encontro do que refere a DGS (2011, p.2) “no internamento hospitalar do doente com AVC em fase aguda são prestados cuidados específicos para prevenção de complicações, mesmo antes da primeira observação do médico fisiatra”.

Apesar de não terem sido colhidos dados sobre os *timings* da realização das sessões, observamos que 65,2% dos doentes do primeiro grupo e 69% do segundo, fizeram

reabilitação com a fisioterapeuta, em média 4 a 5 sessões, ao longo do internamento hospitalar. Alguns doentes por ausência de défices bem como doentes com instabilidade clínica não tiveram indicação para realizar fisioterapia, não havendo registo no processo clínico da mesma avaliação. Para melhorar a objetividade dos referidos dados, foi solicitado à fisioterapeuta que passasse a registar o motivo de não iniciar a reabilitação no processo clínico, havendo assim uma avaliação destes profissionais em todos os doentes com AVC.

Quanto à terapia da fala, 19,6% e 21,4% dos doentes do primeiro e segundo grupos, respetivamente, tiveram em média 3 sessões de acompanhamento com a terapeuta da fala, ao longo do internamento. Para além dos doentes avaliados no contexto de suspeita de disfagia, alguns doentes realizaram ainda terapia da fala após a observação da fisioterapia, direcionada aos défices na comunicação, contudo não foram colhidos esses dados para o presente estudo.

O número de doentes que realizaram terapia ocupacional é inferior às restantes terapias, sendo que apenas 10,9% dos doentes do primeiro grupo tiveram acompanhamento, em média 4 sessões, enquanto que no segundo grupo, o número de doentes é inferior, apenas 7,1%, que fizeram em média 2 sessões ao longo do internamento.

A DGS (2011) e a ESO referem a importância da reabilitação, sendo recomendada a realização de fisioterapia e terapia ocupacional, contudo não especificam o modo ideal de a realizar. Estudos revelam que existe benefício com a intensidade da reabilitação, equipas multidisciplinares coordenadas, dedicadas ao treino das atividades de vida diária, traduzindo melhores resultados funcionais. (Ringleb et al., 2008b).

No momento da alta hospitalar foi possível identificar que 71,7% dos doentes do primeiro grupo e 66,7% do segundo tinham capacidade para deambular. Pode-se ainda constatar, através da avaliação funcional dos doentes no momento de alta que metade da amostra de ambos os grupos apresenta $mRS < 2$, traduzindo independência funcional, sem relação estatisticamente significativa entre os grupos. Os estudos analisados não apresentam dados relativos ao grau de funcionalidade na alta hospitalar. De destacar que a maioria dos processos não dispunha do registo do *mRankin* na alta hospitalar, tendo sido calculado através do algoritmo tendo em conta a informações descritas sobre a funcionalidade e défices do doente. Tal como referido anteriormente parece-nos importante o registo claro

da funcionalidade do doente à saída do hospital, para melhor avaliação da evolução e recuperação do doente.

Quando analisamos os resultados do índice de *Barthel*, por sua vez, verificamos que a grande maioria dos doentes, no momento de alta, apresenta-se como independente ou com dependência mínima, em ambos os grupos, sem relação estatisticamente significativa entre os grupos. Estes resultados são superiores aos de Ricardo (2012) que apresenta menos de metade da amostra como autónomo-dependente leve.

No presente estudo verificou-se uma média de dias de internamento na UAVC de cerca de 3-5 dias, com diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$), sendo que houve um aumento no segundo grupo relativamente ao primeiro, ao invés do que seria esperado, não tendo sido possível apurar justificações para o motivo desta diferença.

Middleton et al. (2011) referem que a duração média de internamento hospitalar não foi estatisticamente diferente entre os grupos, apesar da redução em dois dias no grupo sujeito a intervenção, face ao grupo de controlo. Lannin et al. (2017) apresentam médias de internamento hospitalares de 5 dias, enquanto Pereira, Coelho, & Barros (2004), no seu estudo, realizado num hospital do norte do país, referem uma duração média de internamento de 12,4 dias. No presente estudo, a média de dias de internamento hospitalar situou-se nos 9 dias no primeiro grupo e 11 dias no segundo, sem diferenças estatisticamente significativas.

O destino na alta da UAVC foi maioritariamente para outro serviço, para continuidade de cuidados. O domicílio prevalece como destino de mais de dois terços dos doentes, de ambos os grupos, na alta hospitalar. Estes dados parecem-nos ir ao encontro da independência e funcionalidade supracitada, possibilitando aos doentes o retorno ao seu domicílio.

No presente estudo, constatou-se ainda uma mortalidade hospitalar de 2,2% no primeiro grupo e 2,4% no segundo grupo. Pereira et al. (2004) descreve 5,5% de mortalidade intra-hospitalar, no estudo realizado nos serviços de medicina interna.

Dos doentes que foi possível contactar ou colher dados através do processo clínico aos três meses após o evento, conseguiu-se apurar que a maioria se encontrava no domicílio e alguns, em reduzidas percentagens, em instituições como lar ou RNCCI, quer no primeiro

quer no segundo grupo. O Fisioterapeuta foi o profissional mais referido no acompanhamento aos doentes nos três meses após a alta hospitalar, seguido do Enfermeiro, em ambos os grupos.

Constatou-se que cerca de dois terços da amostra, tanto do primeiro como do segundo grupo, aos três meses, apresentavam independência funcional ($mRS < 2$), porém não se verificaram diferenças estatísticas entre o grau de funcionalidade entre o primeiro e segundo grupo aos três meses após o evento. Também não se verificaram diferenças estatísticas entre o *mRankin* na alta hospitalar e aos três meses. Ao invés, Middleton et al. (2011) concluíram existir diferença significativa entre o grupo de controlo (58%) e o grupo de intervenção (42%), face à morte e dependência ($mRS \geq 2$) aos 90 dias após o evento.

Relativamente ao grau de independência, através do índice de *Barthel*, aos três meses, constatou-se igualmente não existir diferenças estatísticas significativas, entre o primeiro e segundo grupo. Contudo, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente muito significativas dos valores do índice de *Barthel* entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC, tanto nos doentes que foi implementado o protocolo FeSS como nos que não foi aplicado. Os doentes dos dois grupos apresentam valores significativamente maiores do índice de *Barthel* após 3 meses da ocorrência do AVC.

A maioria dos doentes, apresentou-se com $Barthel \geq 60$, nomeadamente 87% do primeiro grupo e 90,6% no segundo, valores aproximados aos de Middleton et al. (2011), cujos doentes apresentaram índices de $Barthel \geq 60$ aos 90 dias de 90% no seu grupo de controlo e 92% do grupo de intervenção.

Na avaliação da disfagia aos três meses apurou-se que 12,5% dos doentes do primeiro grupo e 17,6% do segundo grupo tiveram esta complicação. Dos doentes com disfagia, verificou-se que a maioria referiu que esta melhorou ao longo dos três meses, tendo apenas um doente referido que piorou.

Para além da disfagia, os doentes referiram algumas complicações médicas após o AVC, nomeadamente a HTA, infeção urinária e a pneumonia/TBA. No estudo de Melo et al. (2016) destaca-se a pneumonia e a ITU como as complicações mais frequentes após o AVC.

Ressalva-se ainda que dois doentes do segundo grupo que faleceram após a alta até aos três meses após o evento.

CONCLUSÃO

O AVC é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade no país e no mundo, pelo que é fundamental a prevenção, o tratamento e a reabilitação adequada. O Enfermeiro pode intervir de forma especializada para uma constante melhoria dos cuidados a prestar às pessoas vítimas desta patologia. A febre, hiperglicemia e disfagia são algumas das complicações nestes doentes e indicadores de um prognóstico desfavorável, tendo sido concluído num estudo em 2011, na Austrália, que a intervenção dos Enfermeiros na avaliação e gestão da febre, da hiperglicemia e da deglutição após AVC, diminui a morte e a dependência em 16%. (Middleton et al., 2011).

O presente trabalho de investigação pretendeu avaliar o impacto da implementação do protocolo FeSS (*Fever, Sugar, Swallow*) no doente com AVC internado na UAVC-UCAP, nomeadamente no grau de independência e funcionalidade três meses após o evento.

Assim, através do processo clínico, foram colhidos dados de 46 doentes (primeiro grupo), antes da implementação do protocolo na referida unidade. Posteriormente, foi realizada formação em serviço e implementados os protocolos. Com o início da implementação dos protocolos foram colhidos dados de 42 doentes (segundo grupo). Três meses após o AVC os doentes foram contactados telefonicamente a fim de avaliar a sua evolução desde da alta hospitalar. Quanto aos doentes cujo contacto telefónico não foi possível, recorreu-se à recolha dos dados através do processo clínico (novos internamentos, consultas de Medicina Interna/MFR e/ou episódios de urgência).

A amostra do presente estudo apresenta uma idade média de 70-71 anos, sendo o primeiro grupo maioritariamente composto pelo género feminino e o segundo grupo pelo masculino. A hipertensão arterial surgiu como o fator de risco mais frequente. Refere-se ainda que a maioria dos doentes parte da amostra não apresentava incapacidade funcional prévia ao evento ($mRS < 2$).

O diagnóstico de grande parte da amostra foi o AVC isquémico, tendo sido submetidos à fibrinólise, cerca de 43,6% dos doentes do primeiro grupo e 32,5% do segundo grupo. Relativamente à tromboectomia mecânica, verificou-se que 20,5% do primeiro grupo e 7,5% do segundo foram submetidos a esta intervenção. O grau de severidade (NIHSS) da maioria dos doentes foi AVC *minor*, podendo eventualmente associar-se ao critério de capacidade de

consentir a participação no estudo. Os doentes com AVC com maior sintomatologia e gravidade foram excluídos do estudo. Relativamente ao grau de dependência (*Barthel*), cerca de metade dos doentes de ambos os grupos, aquando a sua admissão à UAVC-UCAP, apresentaram-se como independentes ou com dependência mínima.

Relativamente à implementação do protocolo FeSS, verificou-se uma reduzida percentagem de cumprimento, antes (4,3%) e após (4,8%) a implementação do protocolo. Contudo, ao analisarmos detalhadamente cada protocolo, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no cumprimento do protocolo de monitorização da temperatura, no segundo grupo, nas primeiras 72h de internamento.

Destaca-se a ocorrência de pelo menos um episódio de temperatura superior a $37,5^{\circ}\text{C}$ nas primeiras 72 horas em um terço dos doentes de ambos os grupos, contudo o cumprimento da administração do Paracetamol acima dos $37,5^{\circ}\text{C}$ não apresentou melhorias com a implementação do protocolo, justificando um reforço desta recomendação junto dos profissionais, dado o efeito prejudicial da hipertermia na lesão cerebral (Thompson, 2015). Para estudos futuros, sugere-se a colheita de todos os registos de temperatura nas primeiras 72 horas, com intuito de verificar se existe uma redução da temperatura média com a implementação do protocolo FeSS, como foi constatado por Middleton et al. (2011), assim como relativamente à glicémia capilar.

Concluímos que não houve relação estatisticamente significativa entre grupos com a implementação do protocolo face à monitorização e tratamento da glicémia capilar. Identificou-se pelo menos um episódio de hiperglicemia em cerca de 28% no primeiro grupo e 41% no segundo grupo. Sendo a hiperglicemia relacionada com pior prognóstico nos doentes com AVC (Fuentes & Díez-Tejedor, 2007; Ntaios et al., 2015) é fundamental a sua monitorização e tratamento nestes doentes.

Relativamente à disfagia, verificou-se uma redução não estatisticamente significativa no número de doentes avaliados pelos Enfermeiros. Apesar de não haver significância estatística entre os dois grupos, parece-nos existir um maior cuidado e sensibilidade por parte da equipa de Enfermagem para os sinais de disfagia e para importância da realização do rastreio. Torna-se necessário definir estratégias para melhorar a realização do rastreio antes do início da ingestão de alimentos ou administração de terapêutica oral.

Concluiu-se que houve uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quanto à avaliação da disfagia pela classe profissional da MFR. Os doentes do segundo grupo foram avaliados pela TF ou Fisiatria num número significativamente maior relativamente ao primeiro grupo.

Destaca-se ainda uma relação estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$) entre a identificação de compromisso da deglutição por parte dos Enfermeiros e pelos Terapeutas da Fala/Fisiatras, tendo o diagnóstico de Enfermagem a *disfagia/deglutição comprometida* sido atribuído a cerca de 12% dos doentes do primeiro grupo e 16,2% do segundo grupo. O presente estudo verificou ainda a ocorrência de cerca de 2% de pneumonia de aspiração, como diagnóstico médico, em ambos os grupos.

A média de dias de internamento na UAVC apresentou diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$), tendo-se verificado um aumento após a implementação do protocolo FeSS, contrariamente ao que seria esperado.

Na alta hospitalar a maioria dos doentes tinha capacidade para deambular e cerca de metade dos doentes de ambos os grupos apresentaram $mRS < 2$, ou seja, com independência funcional, sem relação estatisticamente significativa entre os grupos.

A mortalidade intra-hospitalar da amostra em estudo foi de 2,2% no primeiro grupo e de 2,4% no segundo grupo. Após alta e até três meses após o evento foram identificados mais dois falecimentos no segundo grupo.

Foi constatado que existem diferenças estatisticamente muito significativas dos valores do índice de *Barthel* entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC, tanto nos doentes a quem foi implementado o protocolo FeSS, como nos que não foi aplicado. Os doentes dos dois grupos apresentam valores significativamente maiores do índice de *Barthel* após 3 meses da ocorrência do AVC.

Relativamente aos valores da escala de *Rankin* modificada (funcionalidade) entre o momento da alta e o dos três meses após o AVC, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em ambos os grupos.

Em suma, podemos referir que na amostra estudada, não se verificaram benefícios significativos nos graus de independência e funcionalidade dos doentes com AVC com a implementação do protocolo FeSS.

No decorrer da investigação, uma limitação do estudo foi o número de doentes com capacidade para consentir formalmente a sua participação, dado que o internamento na UAVC-UCAP ocorre maioritariamente na fase aguda e os doentes encontram-se em situação crítica, com défices motores e cognitivos que não lhes permitem a decisão de participação, reduzindo significativamente a amostra obtida, principalmente em doentes com maior grau de dependência.

Os *timings* disponíveis para a realização do estudo, após a obtenção das autorizações, dificultaram a realização da colheita de dados, não tendo sido possível promover a implementação dos protocolos durante os três meses, tal como recomendado no projeto QASC Europa.

Deste modo, sugere-se a realização futura de um estudo comparativo entre os diferentes grupos: antes da implementação, imediatamente após e três meses após a implementação dos protocolos, de forma a compreender a consolidação da informação e benefício da prática dos referidos protocolos, pela equipa de Enfermagem, nos cuidados prestados diariamente aos doentes com AVC e o seu impacto na funcionalidade e independência aos três meses.

O *feedback* recebido pelo investigador nos contactos telefónicos com os doentes e familiares revelou-se muito positivo, com agradecimento pela preocupação e interesse na evolução do doente após alta. Possibilitou, em casos pontuais, um elo de ligação entre o doente e o hospital, no esclarecimento de dúvidas e articulação com consulta de Medicina Interna. Como tal, seria interessante a continuidade da realização destes contactos telefónicos. Neste momento, estes doentes ficam apenas com seguimento em consulta médica, sendo uma sugestão a criação de consulta de Enfermagem (presencial ou sem a presença do doente) para acompanhamento e registo da evolução do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, N., Audebert, H., Turc, G., Cordonnier, C., Christensen, H., Sacco, S., ... Steiner, T. (2019). Consensus statements and recommendations from the ESO-Karolinska Stroke Update Conference, Stockholm 11–13 November 2018. *European Stroke Journal*, 4(4), 307–317. <https://doi.org/10.1177/2396987319863606>
- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª Edição). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Azeredo, Z., & Mator, E. (2003). Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 191–198.
- Barreira, I., Martins, M. D., Silva, N. P., Preto, P., & Preto, L. (2019). Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(22), 117–126. Retrieved from <https://doi.org/10.12707/RIV18085>
- Barros, A. C., Diniz, A. F., Brandão, A. H. F., Ricardo, B. F. de P., Soares, B., Matosinhos, B., ... Calderaro, D. C. (2009). Abordagem inicial e conduta no acidente vascular encefálico isquêmico agudo. *Rev. Méd. Minas Gerais*, 19(4,supl.3), S48–S52. Retrieved from <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1101/v19n4s3a11.pdf>
- Brito, R. G., Lins, L. C. R. F., Almeida, C. D. A., Neto, E. de S. R., de Araújo, D. P., & Franco, C. I. F. (2013). Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. *Revista Neurociências*, 21(4), 593–599. <https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.850.7p>
- Broderick, J., Connolly, S., Feldmann, E., Hanley, D., Kase, C., Krieger, D., ... Zuccarello, M. (2007). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults. *Stroke*, 38(6), 2001–2023. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.183689>
- Broderick, J. P., Adeoye, O., & Elm, J. (2017). Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials. *Stroke*, 48(7), 2007–2012. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017866>
- Caneda, M. A. G., Fernandes, J. G., Almeida, A. G., & Mugnol, F. E. (2006). Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 64(3 A), 690–697. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>
- Capes, S. E., Hunt, D., Malmberg, K., Pathak, P., & Gerstein, H. C. (2001). Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: A systematic overview. *Stroke*, 32(10), 2426–2432. <https://doi.org/10.1161/hs1001.096194>
- Cardoso, A. T., Manuel, A., Magano, O., & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 135–143. <https://doi.org/10.12707/RIII1106>
- Castillo, J., Dávalos, A., Marrugat, J., & Noya, M. (1998). Timing for Fever-Related Brain Damage in Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 2455–2460. Retrieved from <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/29/12/2455>
- CHL. (2015). Regulamento do Centro de investigação do CHL. CHL.
- Clara, M. C. G. (2009). *Evolução do Estado Nutricional num doente com Disfagia no pós-AVC*. Porto.
- CNDP. (2015). Deliberação n.º 1704/2015 CNPD - Tratamento de dados pessoais no âmbito de investigação clínica, 1–19.
- Coriolano, M. das G. W. de S., Lins, O. G., Belo, L. R., Menezes, D. C. de, Moraes, S. R. A., Asano, A. G., ... Silva, D. M. da. (2010). Monitorando a deglutição através da eletromiografia de superfície. *Revista CEFAC*, 12(3), 434–440. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010005000015>
- Davis, C., & Lockhart, L. (2016). Update: Stroke guidelines. *Nursing Management*, (February), 24–33.
- Dhamija, R. K., & Donnan, G. A. (2007). Time is brain: Acute stroke management. *Australian Family Physician*, 36(11), 892–895.
- Dias, C. J. S. B. S. (2015). *Functional Oral Intake Scale (FOIS): contributo para a validação cultural e linguística*

- para o português Europeu*. Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Saúde Em Números*, 21. Retrieved from www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx
- Direção Geral de Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. *Direção-Geral de Saúde*, 054/2011, 1–19.
- Drury, P., Levi, C., McInnes, E., Hardy, J., Ward, J., Grimshaw, J. M., ... Middleton, S. (2014). Management of fever, hyperglycemia, and swallowing dysfunction following hospital admission for acute stroke in new south wales, australia. *International Journal of Stroke*, 9(1), 23–31. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12194>
- Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E., & Barbosa, L. D. R. (2014). Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. *CoDAS*, 26(5), 343–349. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>
- Ferreira, A. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da Escala GUSS : contribuição da enfermagem de reabilitação*. Universidade de Évora.
- Ferreira, C., Pita, F., Ferreira, I., Rodrigues, M., & Cruz, V. T. (2006). *Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*. *Seminars in Neurology*.
- Ferreira, M. M. (2016). *Disfagia após Acidente Vascular Cerebral: comparação entre o uso do instrumento de Triagem Volume-Viscosity Swallow Test e a avaliação instrumental por Videoendoscopia*. Escola Superior de Saúde de Alcoitão. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16638/1/Dissertação Mariana Ferreira - Mestrado MOF e Deglutição.pdf>
- Fonseca, A. C., Pinto, A., Ladeira, F., Marto, J. P., Ferreira, J., Pereira, L., ... Tedim Cruz, V. (2016). *100 Perguntas chave na Neurologia: Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. *Lusociência*. <https://doi.org/10.1017/S1049096506060264>
- Fuentes, B., & Díez-Tejedor, E. (2007). General care in stroke: Relevance of glycemia and blood pressure levels. *Cerebrovascular Diseases*, 24(SUPPL. 1), 134–142. <https://doi.org/10.1159/000107389>
- Gallagher, R. (2011). Swallowing difficulties: a prognostic signpost. *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien*, 57(12), 1407–1409, e465-7. <https://doi.org/57/12/1407> [pii]
- Greer, D. M., Funk, S. E., Reaven, N. L., Ouzounelli, M., & Uman, G. C. (2008). Impact of fever on outcome in patients with stroke and neurologic injury: A comprehensive meta-analysis. *Stroke*, 39(11), 3029–3035. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.521583>
- Itaquy, R. B., Favero, S. R., Ribeiro, M. de C., Barea, L. M., Almeida, S. T. de, & Mancopes, R. (2011). Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *Jornal Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(4), 385–389. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000400016>
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Bruno, A., Connors, J. J. B., Demaerschalk, B. M., ... Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870–947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>
- Lannin, N. A., Anderson, C. S., Kim, J., Kilkenny, M., Bernhardt, J., Levi, C., ... Cadilhac, D. A. (2017). Treatment and Outcomes of Working Aged Adults with Stroke: Results from a National Prospective Registry. *Neuroepidemiology*, 49(3–4), 113–120. <https://doi.org/10.1159/000484141>
- Lopes, J. (2017). *Utilização da Via Verde do AVC numa perspetiva populacional : caraterização e prognóstico dos utilizadores com ativação extra-hospitalar e intra-hospitalar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

- Maccarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Italica : Organo Ufficiale Della Societa Italiana Di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale*, 27(6), 299–305. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18320836>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Rehabilitation Section Baltimore City Medicak Society Douglas*, 888–893.
- Marcolino, J. (2009). Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati - Paraná. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 8(1), 193–200. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.12023>
- Marques, A. S. F. (2018). *Continuidade de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica Vítima de AVC - Intervenção Especializada de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- Masrur, S., Cox, M., Bhatt, D. L., Smith, E. E., Ellrodt, G., Fonarow, G. C., & Schwamm, L. (2015). Association of acute and chronic hyperglycemia with acute ischemic stroke outcomes post-thrombolysis: Findings from get with the guidelines-stroke. *Journal of the American Heart Association*, 4(10), 1–13. <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002193>
- Middleton, S., Coughlan, K., Mnatzaganian, G., Low Choy, N., Dale, S., Jammali-Blasi, A., ... D'Este, C. (2017). Mortality Reduction for Fever, Hyperglycemia, and Swallowing Nurse-Initiated Stroke Intervention: QASC Trial (Quality in Acute Stroke Care) Follow-Up. *Stroke*, 48(5), 1331–1336. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016038>
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A. W. (2015). Triage, treatment, and transfer: Evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, 46(2), e18–e25. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006139>
- Middleton, S., Levi, C., Dale, S., Cheung, N. W., McInnes, E., Considine, J., ... Ward, J. (2016). Triage, treatment and transfer of patients with stroke in emergency department trial (the T3 Trial): a cluster randomised trial protocol. *Implementation Science*, 11(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0503-6>
- Middleton, S., Levi, C., Ward, J., Grimshaw, J., Griffiths, R., D'Este, C., ... Cadilhac, D. (2009). Fever, hyperglycaemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: A cluster randomised controlled trial of knowledge transfer. *Implementation Science*, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-16>
- Middleton, S., Lydtin, A., Comerford, D., Cadilhac, D. A., McElduff, P., Dale, S., ... D'Este, C. (2016). From QASC to QASCIP: Successful Australian translational scale-up and spread of a proven intervention in acute stroke using a prospective pre-test/post-test study design. *BMJ Open*, 6(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011568>
- Middleton, S., McElduff, P., Drury, P., D'Este, C., Cadilhac, D. A., Dale, S., ... Levi, C. (2019). Vital sign monitoring following stroke associated with 90-day independence: A secondary analysis of the QASC cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.014>
- Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J. M., Dale, S., D'Este, C., ... Group, O. behalf of the Q. T. (2011). Implementation of eviden-based treatment protocols to manage fever, hyerglycaemia and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 9804, 1699–1706.
- Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J. M., Dale, S., D'Este, C., ... Levi, C. (2011). Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9804), 1699–1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)
- Min, L. L. (2010). Prevenção, tratamento e reabilitação do acidente vascular cerebral: da universidade para a sociedade. *Boletim Da Faculdade de Ciências Médicas Da Universidade Estadual de Campinas*, 1–8.

- Moreira, S. R. C. (2012). *Tradução e validação da eat-10 e da fois tradução e validação da eat-10 e da fois*. Universidade de Aveiro.
- Moutinho, M., Magalhães, R., Correia, M., & Silva, M. C. (2013). Avaliação da via verde do acidente vascular cerebral no Norte de Portugal: Caracterização e prognóstico dos utilizadores. *Acta Medica Portuguesa*, 26(2), 113–122.
- National Institutes of Health. (n.d.). Nihss, 1–8. Retrieved from <https://secure.trainingcampus.net/uas/modules/trees/windex.aspx?rx=nihs-portuguese.trainingcampus.net>
- Nimako-doffour, A., & Steinfurth, G. (2016). STROKE NURSE CERTIFICATION. *Stroke Nurse Certification, Module 1*, 1–42.
- Ntaios, G., Dziedzic, T., Michel, P., Papavasileiou, V., Petersson, J., Staykov, D., ... Steiner, T. (2015). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of temperature in patients with acute ischemic stroke. *International Journal of Stroke*, 10(6), 941–949. <https://doi.org/10.1111/ijvs.12579>
- Okubo, P. de C. M. I. (2008). Detecção de disfagia na fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico . Proposição de conduta baseada na caracterização dos fatores de risco, 38–39.
- Oliveira Lopes, T., De Barros Ferraz, S., Lisboa, L. F., Cypriano, A. S., David, P., Gonçalves, S., ... Zukerman, E. (2008). Variação dos níveis glicêmicos durante internação de pacientes não diabéticos após Acidente Vascular Cerebral Variation of glucose levels during hospitalization of non diabetic patients after stroke, 280–283. Retrieved from http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008/RN_16_04/Pages_from_neuro-16.4-web%5B6%5D.pdf
- Oliveira, V. (2012). Cerebrovascular events in Portugal - The way towards change. *Acta Medica Portuguesa*, 25(5), 263–264. <https://doi.org/10.20344/amp.282>
- OMS. (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. *Genebra, Organização Mundial Da Saúde.*, 1–121. <https://doi.org/10.1016/j.aqpro.2013.07.003>
- Ordem dos enfermeiros. (2010). Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–4. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Mangili, L. D., & Andrade, C. R. F. De. (2007). Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3), 199–205. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>
- Paixão, C. T., & Silva, L. D. da. (2010). Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 262–269. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200009>
- Passos, K. de O. dos, Cardoso, M. C. de A. F., & Scheeren, B. (2017). Associação entre escalas de avaliação de funcionalidade e severidade da disfagia pós-acidente vascular cerebral. *CoDAS*, 29(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016111>
- Pereira, M., Guedes, H., Oliveira, L., & Martins, J. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, (13), 93–102. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16079>
- Pereira, S., Coelho, F. B., & Barros, H. (2004). Acidente vascular cerebral: Hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Acta Medica Portuguesa*, 17(3), 187–192.
- Pinto, P. S., & Parreira, D. S. A. R. (2013). O papel do enfermeiro de reabilitação no cuidar da pessoa com lesão vértebro medular e família. *Nursing*, 63.

- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... American Heart Association Stroke Council. (2018). *2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke* (Vol. 49). <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Prasad, K., & Krishnan, P. R. (2010). Fever is associated with doubling of odds of short-term mortality in ischemic stroke: An updated meta-analysis. *Acta Neurologica Scandinavica*, *122*(6), 404–408. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01326.x>
- Purvis, T., Middleton, S., Craig, L. E., Kilkenny, M. F., Dale, S., Hill, K., ... Cadilhac, D. A. (2019). Inclusion of a care bundle for fever, hyperglycaemia and swallow management in a National Audit for acute stroke: Evidence of upscale and spread. *Implementation Science*, *14*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0934-y>
- Queiroz, M. A. dos S. de, Haguette, R. C. B., & Haguette, E. F. (2009). Achados da videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, *14*(4), 454–462. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000400005>
- Quinn, T. J., Dawson, J., Walters, M., & Rankin, J. (2015). Dr John Rankin ; His Life , Legacy and the 50th Anniversary of the Rankin Stroke Scale . Correspondence to, 44–47.
- Ricardo, R. M. P. (2012). Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de enfermagem de reabilitação. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, (31), 29–30.
- Ringleb, P. A., Bousser, M. G., Ford, G., Bath, P., Brainin, M., Caso, V., ... Wardlaw, J. (2008a). Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Diseases*, *25*(5), 457–507. <https://doi.org/10.1159/000131083>
- Ringleb, P. A., Bousser, M. G., Ford, G., Bath, P., Brainin, M., Caso, V., ... Wardlaw, J. (2008b). Recomendações para o tratamento do AVC isquémico e do acidente isquémico transitório 2008. *Sinapse*, *8*(2 SUPPL. 1), 5–67.
- Rodrigues, M. D. S., Santana, L. F. e, & Galvão, I. M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquémico: uma abordagem descritiva. *Revista de Medicina*, *96*(3), 187. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>
- Ruborg, R., Gunnarsson, K., & Ström, J. O. (2017). Predictors of post-stroke body temperature elevation. *BMC Neurology*, *17*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-1002-3>
- Sá, J. P. P. de. (2009). *Deglutição e Envelhecimento*. Universidade de Aveiro.
- Sá, M. J. (2009). AVC—primeira causa de morte em Portugal. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saude*, *6*, 12–19. <https://doi.org/ISSN 1646-0480.6>
- Sallum, R. A. A., Duarte, A. F., & Cecconello, I. (2012). Revisão Analítica das Escalas de Disfagia. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, *25*(4), 279–282.
- Samara Melo, L., Maria Souza Emerick, L., Natalia Medeiros Alves, P., Batista Rocha, T., Regina Gouveia, V., Lima Guimarães, G., & Yovana Mendoza, I. (2016). Acidente Vascular Cerebral: Achados Clínicos E Principais Complicações Cerebrovascular Accident: Clinical Findings and Major Complications. *Rev. Aten*, *14*, 48–53. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol14n48.3685>
- Sandercock-Peter, A. G., Carl, C., Chiun, T. M., & Emanuela, C. (2014). Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000029.pub3.www.cochranelibrary.com>
- SIGN. (2010). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. *NHS Evidence*, *SIGN*(June), Available from www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/. <https://doi.org/10.1136/thx.2008.097741>
- Silva, A. (2008). *Estudo Comparativo entre Videofluoroscopia e Avaliação Endoscópica da Deglutição para o Diagnóstico da Disfagia em Crianças*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, E. D. J. A. Da. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.

- Silva, R. G. da, Motonaga, S. M., Cola, P. C., Gatto, A. R., Ribeiro, P. W., Carvalho, L. R. de, ... Dantas, R. O. (2012). Estudo multicêntrico sobre escalas para grau de comprometimento em disfagia orofaríngea neurogênica. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 167–170. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000200011>
- Silva, L. (2006). Disfagia Orofaríngea Pós-Acidente Vascular Encefálico no Idoso. *Revista Brasileira de Geatria e Gerontologia*, 9(2), 93–106.
- Silva, M. (2011). *Níveis de Glicémia Capilar e Prognóstico do Doente com AVC*. Universidade da Beira Interior.
- SNS. (2016). *Via Verde AVC da região Centro*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/11/28/via-verde-avc-da-regiao-centro/>
- Sousa-uva, M., & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa : dados da amostra ECOS 2013. *Boletim Epidemiológico INE*, 9(2), 12–14. <https://doi.org/10.1007/s00221-012-3169-6>
- Stroke Foundation. (2017). *Clinical Guidelines for Stroke Management 2017 Summary – Nursing*. Australian.
- Teasell, R., Foley, N., Martino, R., Richardson, M., Hopfgartner, A., Rhd, B. B., & Slp, R. O. (2016). Dysphagia and Aspiration Following Stroke. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, 1–76. Retrieved from www.ebrsr.com
- Thompson, H. J. (2015). Evidence-Base for Fever Interventions Following Stroke. *Stroke*, 46(5), e98–e100. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.008188>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra.pdf* (5ª Edição). Loures: Lusociência.
- WGO. (2014). Dysphagia - Global Guidelines & Cascades. *World Gastroenterology Organisation*, 1–22.
- Wilson, J. T. L., Hareendran, A., Grant, M., Baird, T., Schulz, U. G. R., Muir, K. W., & Bone, I. (2002). Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the modified Rankin Scale. *Stroke*, 33(9), 2243–2246. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000027437.22450.BD>
- Ylikotila, P., Roine, R. O., & Middleton, S. (2017). Leaving a legacy of stroke in Europe : A community of dedicated professionals is changing the face of stroke in, (July), 8–18.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo Fess (*Fever, Sugar, Swallow*) Febre, Glicémia E Disfagia

Palavras-Chave: AVC, Febre, Temperatura, Glicémia, Hiperglicémia, Deglutição, Disfagia, Enfermagem

Destinatários

Todos os Enfermeiros a prestar cuidados na Unidade de Cuidados Agudos Polivalente do CHL, EPE.

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Enf.ª Diana Oliveira Dr. Emanuel Araújo TF. Marta Domingues	Enf. Chefe Teresa Peralta Diretora de Serviço Dra. Luísa Pinto	
Data	09.Out.2019		

MAPA DE REVISÕES

[A preencher no caso de revisão de documento existente]:

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável (eis) pela Revisão	Data	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação

1. OBJETIVO

Otimizar os cuidados prestados ao doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) face à gestão da temperatura, glicémia e disfagia.

2. ÂMBITO

Aplica-se à monitorização e gestão da febre, glicémia e disfagia dos doentes internados na Unidade de AVC (UAVC) da Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP) com Acidente Vascular Cerebral.

3. REFERÊNCIAS

Direção Geral de Saúde. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–25. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017.aspx>

Middleton, S., McElduff, P., Ward, J., Grimshaw, J. M., Dale, S., D’Este, C., ... Levi, C. (2011). Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): A cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9804), 1699–1706. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61485-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61485-2)

Min, L. L. (2010). Prevenção, tratamento e reabilitação do acidente vascular cerebral: da universidade para a sociedade. *Boletim Da Faculdade de Ciências Médicas Da Universidade Estadual de Campinas*, 1–8.

Nimako-doffour, A., & Steinfurth, G. (2016). STROKE NURSE. *Stroke Nurse Certification, Module 1*, 1–42.

OMS. (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. *Genebra, Organização Mundial Da Saúde.*, 1–121. <https://doi.org/10.1016/j.aqpro.2013.07.003>

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHL – Centro Hospitalar de Leiria

ESO – *European Stroke Organization*

FeSS – *Fever, Sugar, Swallow*

GC – Glicémia Capilar

MFR – Medicina Física e Reabilitação

OMS – Organização Mundial da Saúde

QASC – *Quality in Acute Stroke Care*

SNG – Sonda nasogástrica

T - Temperatura

TF – Terapia da Fala

TTD – Teste de Triagem da Disfagia

UAVC – Unidade de AVC

UCAP – Unidade de Cuidados Agudos Polivalente

5. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

As doenças cérebro-vasculares são um problema de saúde pública importante que atinge transversalmente os países, sem relação com o seu desenvolvimento económico (Direção Geral de Saúde, 2017a). O acidente vascular cerebral afeta cerca de 15 milhões de pessoas em todo o mundo e é considerada a segunda causa de morte mundial e ainda a primeira causa de incapacidade em adultos (Nimako-doffour & Steinfurth, 2016).

A abordagem do doente em fase aguda nos hospitais com equipas especializadas em AVC demonstra melhores resultados, traduzindo reduções na severidade das complicações funcionais, no grau de dependência e mortalidade, bem como uma diminuição do tempo internamento e institucionalização. A reabilitação precoce e a mobilização dos doentes com graves alterações neurológicas pode facilitar a redução da incapacidade pós-AVC, assim como prevenir complicações.

A febre, a hiperglicemia e a disfagia estão associadas a prognósticos clínicos desfavoráveis após a ocorrência de um AVC. Com o ensaio clínico *Quality in Acute Stroke Care* (QASC), ficou demonstrado que a implementação de protocolos clínicos na gestão da febre, glicemia e disfagia (protocolo FeSS – *Fever, Sugar e Swallow*), após o AVC, diminuiu a morte e a dependência em 16%. Verificou-se uma redução na temperatura ($p=0,001$), nos níveis de glicose ($p=0,002$) e melhorou a gestão da deglutição ($p\leq 0,001$).

Face à evidência dos ganhos associados a estes protocolos, a Unidade de AVC do CHL, inserida na UCAP, estabelece os protocolos a seguir nestas áreas de atuação, para os doentes internados por AVC.

PROTOCOLO FEBRE, GLICÉMIA E DISFAGIA*



AVALIAR E REGISTAR A
TEMPERATURA 4ID:
0H, 6H, 12H E 18H

SE $T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ADMINISTRAR
ANTIPIRÉTICO (PARACETAMOL)
NA PRIMEIRA HORA APÓS A
AVALIAÇÃO.



AVALIAR E REGISTAR **GLICÉMIA CAPILAR 4ID**
DURANTE AS **PRIMEIRAS 72 HORAS** DE
INTERNAMENTO NA UCAP:

9H, 12H30, 18H30 E 22H

SE GLICÉMIA ≥ 180 MG/DL:
TRATAR COM INSULINA SEGUNDO PROTOCOLO
(NA PRIMEIRA HORA APÓS A AVALIAÇÃO);

MANTER PESQUISA DE GLICÉMIA CAPILAR
APÓS AS **72H** DE INTERNAMENTO SE:

- DOENTE DIABÉTICO;
- GLICÉMIAS ≥ 180 MG/DL;
- PRESCRIÇÃO DE CORTICOIDES;
- INDICAÇÃO MÉDICA.



RASTREIO OU AVALIAÇÃO DA **DEGLUTIÇÃO**
NAS **PRIMEIRAS 24 HORAS** DA ADMISSÃO À
UCAP E ANTES DA INGESTÃO ORAL

VER PROTOCOLO DA DISFAGIA

REFERENCIAR À TERAPIA DA FALA OS DOENTES
QUE NÃO PASSARAM NO RASTREIO, PARA UMA
AVALIAÇÃO COMPLETA.

5.1. PROTOCOLO DA TEMPERATURA/FEBRE

Objetivo da **temperatura: < 37,5°C**

- Avaliar e registar a temperatura à admissão na Unidade de AVC e 4 vezes ao dia: **0h, 6h, 12h e 18h**;

- Se **T ≥ 37,5°C**:

- Arrefecimento natural periféricos (retirar cobertor/roupa);

- Administrar antipirético prescrito (Paracetamol 1gr) na primeira hora após a avaliação e reavaliar temperatura;

- Se o doente apresentar alteração da deglutição, optar por via oral, por sonda nasogástrica (SNG), por via retal ou endovenosa, conforme indicação/prescrição;

- Se **T ≥ 38°C**:

- Informar equipa médica;

- Considerar rastreio séptico: urocultura, hemoculturas, raio-x torác;

- Continuar a monitorizar a **temperatura de 6/6h e SOS**.

5.2. PROTOCOLO DA GLICÉMIA

Objetivo da glicémia (pesquisa de glicémia capilar): **<180mg/dl**

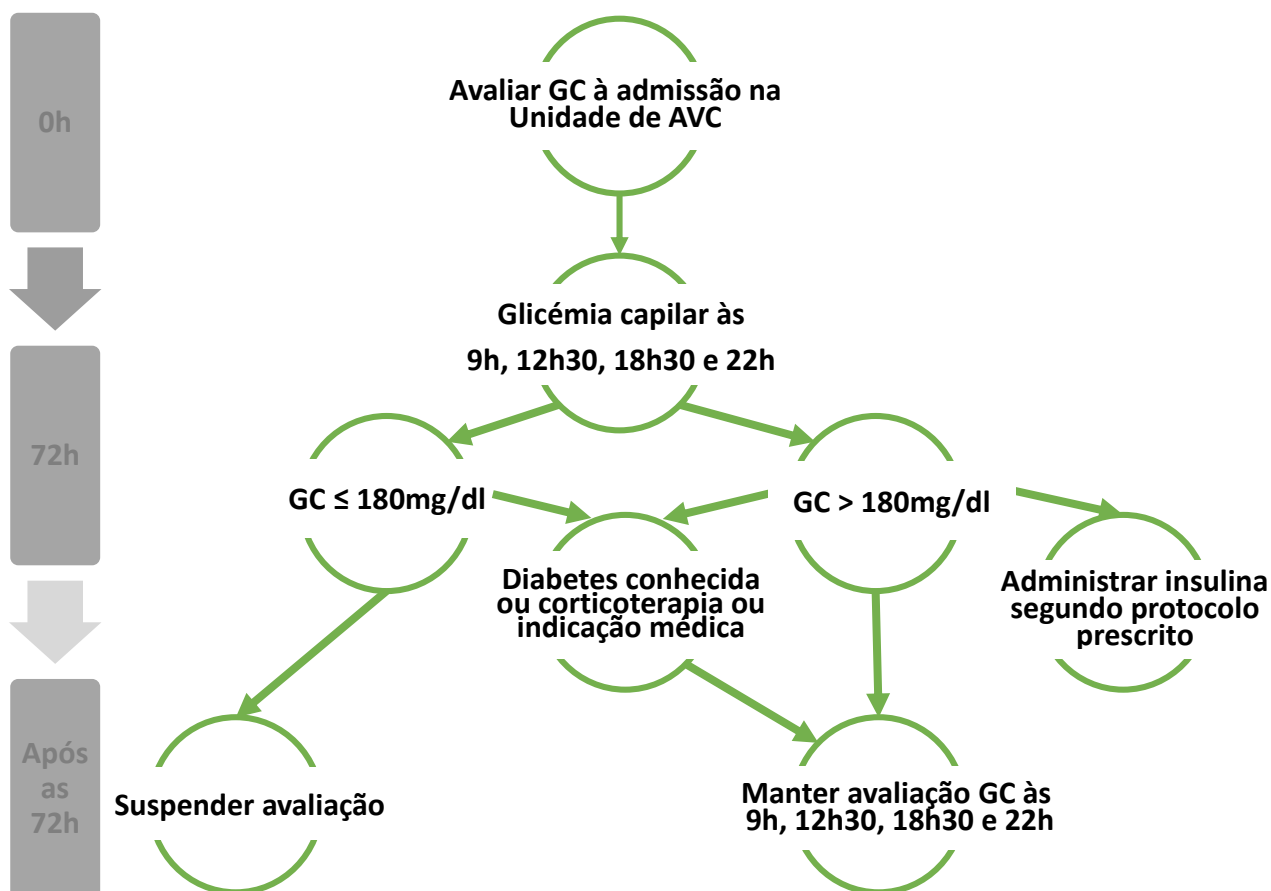
- Avaliar e registar a glicémia capilar (GC) à admissão na Unidade de AVC e 4 vezes ao dia: **9h, 12h30, 18h30 e 22h;**

- Se **GC ≥ 180 mg/dl:**

- Tratar com insulina segundo protocolo (na primeira hora após a avaliação);

- Manter pesquisa de glicémia capilar **após as 72h** de internamento se:

- Doente diabético, glicémias capilares ≥ 180 mg/dl, prescrição de corticoides e/ou indicação médica.



5.3. PROTOCOLO DA DISFAGIA

Recomenda-se:

- Formação de todos os elementos da equipa de Enfermagem na aplicação do protocolo;
- Aplicação do protocolo/avaliação da deglutição a todos os doentes com AVC **à admissão na UAVC (UCAP), antes da administração de medicação oral, alimentos ou líquidos.**
- A avaliação deverá ser realizada nas primeiras 24 horas após admissão hospitalar;
- Os doentes que apresentem sinais de disfagia/deglutição comprometida deverão ser posteriormente avaliados pela MFR/Terapia da Fala para uma completa avaliação da deglutição.



Descrição do protocolo da disfagia – Teste de triagem da Disfagia (TTD):

I) Avaliar consciência e colaboração do doente:

- 1) Se doente que **não acorda/não consciente, não colaborante ou que não tolera** cabeceira elevada a $\geq 60^\circ$:
 - a) Considerar deglutição alterada para alimentos líquidos, de consistência pastosa e sólidos;
 - b) Aconselha-se colocação de SNG ou pausa alimentar;
- 2) Se doente (colaborante ou não) com episódio de engasgamento (própria saliva) ou presença de secreções orofaríngeas ruidosas:
 - a) Considerar deglutição comprometida para alimentos líquidos, de consistência pastosa e sólidos;
 - b) Aconselha-se colocação de SNG ou pausa alimentar;
- 3) Se doente consciente, colaborante e que tolera inclinação da cabeceira a $\geq 60^\circ$ (≈ 15 minutos), realizar **TTD**;

II) Aplicação do TTD

- 1) Ter presentes os **Sinais de Disfagia**:
 - Tosse antes, durante ou após a deglutição (até 1 minuto após);
 - Voz molhada (alterações na qualidade da voz);
 - Pigarreio/catarro;
 - Resíduos na cavidade oral;
 - Dessaturação durante o teste da deglutição (considerar significativas \downarrow de 4%);

- 2) Elevar cabeceira do doente;
- 3) Antes do início do TTD deve verificar-se a cavidade oral e proceder à sua higienização se necessário.
- 4) Vigiar sinais de disfagia e monitorizar alterações eletrocardiográficas e de saturações periféricas de oxigénio;
 - a) Avaliar os valores de base
 - b) As alterações destes valores de forma isolada não indicam a presença de aspiração. É necessário correlacionar com outros sinais
 - c) Registrar as alterações ocorridas durante a avaliação
- 5) Preparar o material para a aplicação do TTD
 - a) Preparar água com espessante (ver indicações do fabricante do espessante)
 - (i) em consistência de néctar
 - (ii) em consistência de mel
 - b) Copo com água
 - c) Bolacha
 - d) 1 colher (≈5ml)
- 6) Iniciar a administração de acordo com o diagrama do **TTD** (ver anexo)
 - a) Este teste é baseado num esquema de passa/falha. As várias opções de resultado estão descritas e identificadas por cores diferentes no anexo.
 - b) No teste identifica-se com o símbolo  a ausência de sinais de disfagia
 - c) e com o símbolo  a presença de sinais de disfagia.
 - d) Os sinais de alerta já foram descritos anteriormente e a sua presença implica suspender a aplicação do teste e solicitar a colaboração da MFR/TF.
- 7) Utilizar a folha de registo para anotar o resultado do teste (ver final do protocolo).
- 8) Nos doentes com alteração na hidratação, sinalizar no copo com etiqueta a indicar a consistência da água aconselhada;

III) Decisão do tipo de Dieta e Hidratação

- 1) Com base nos resultados obtidos, seguir o esquema e registar a opção de dieta e hidratação


IV) Registo no no SClínico®

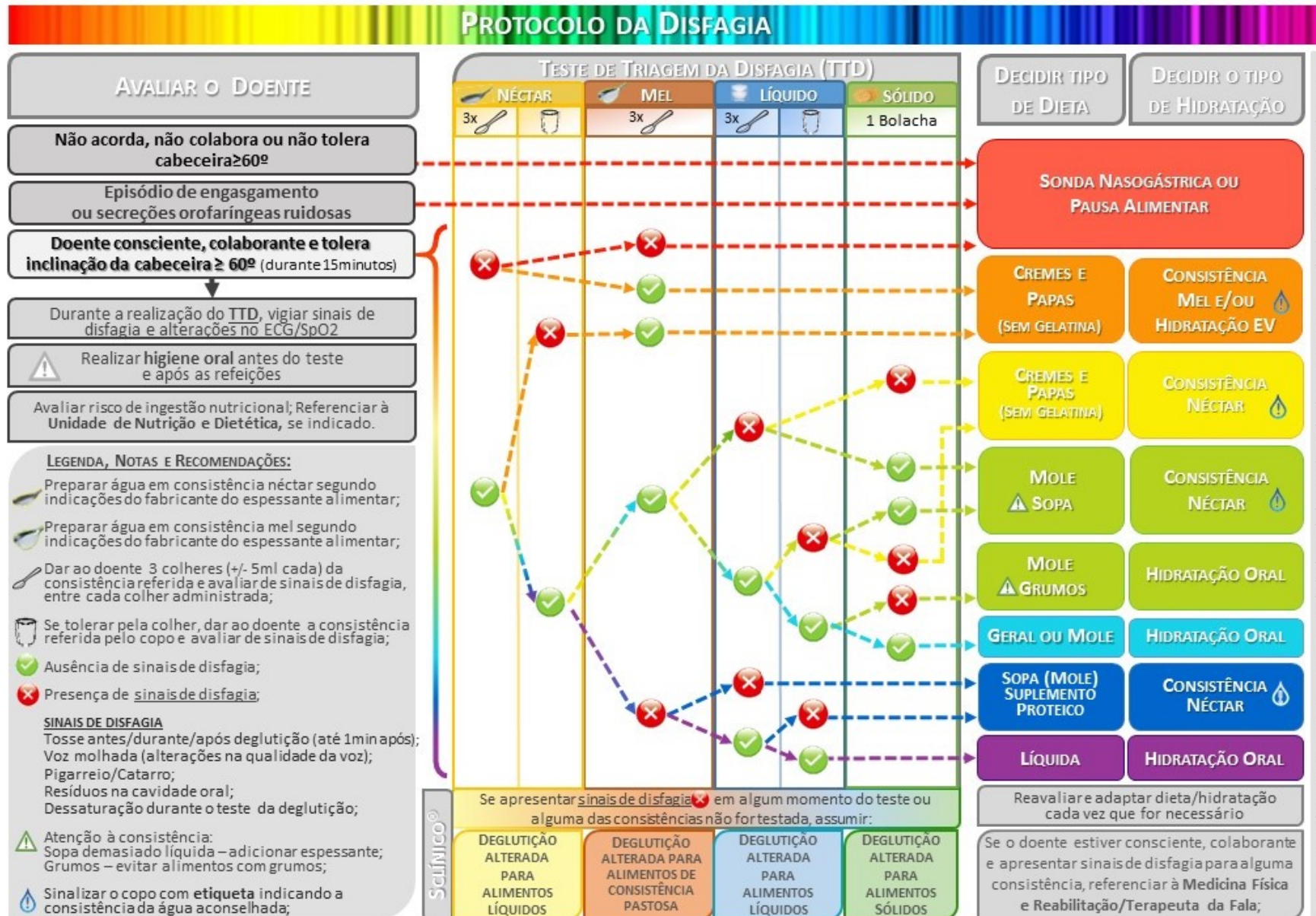
- 1) responder às questões apresentadas, com base nos resultados do teste anterior;

V) Sempre que necessário, reavaliar e adaptar a dieta/hidratação;

VI) Referenciar para a MFR/TF os doentes com sinais de disfagia (para qualquer das consistências);

VII) Não esquecer de reforçar a higiene oral, antes do teste e após as refeições.

	ESPESSANTE
	Consistência: _____
	Nº Colheres: _____





APÊNDICE II – Formação em Serviço: Qualidade dos Cuidados ao Doente com AVC: Aplicação do Protocolo FeSS na UAVC-UCAP



QUALIDADE DOS CUIDADOS AO DOENTE COM AVC:

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO FeSS NA UCAP



DATA: 8/OUT/2019 HORA: 13H OU 15H30
 LOCAL: SALA DE REUNIÕES DA UCAP
 FORMADORES: DIANA OLIVEIRA (EM) E MARTA DOMÍNGUES (FP)



OBJETIVOS:

- PROMOVER A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS AOS DOENTES COM AVC;
- APRESENTAR O PROTOCOLO FESS (FEVER, SUGAR, SWALLOW) A APLICAR NO SERVIÇO;
- DESENVOLVER CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA A AVALIAÇÃO DA DISFAGIA;



CONTEXTO

PROJETO QASC: Febre, Glicemia e Deglutição - Intervenções de Enfermagem na unidade de AVC



- ✓ Ensaio controlado randomizado em cluster
- ✓ Equipa multidisciplinar que construiu intervenções para melhorar a gestão baseado na evidência da febre, da hiperglicemia e da disfagia nos doente com AVC agudo

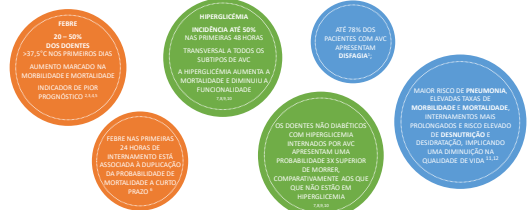


Macklin R, McDuff F, Ward L, Grimshaw DM, et al. Lancet 2013;382(9898):1499-506.



CONTEXTO

PROJETO QASC: Febre, Glicémia e Deglutição - Intervenções de Enfermagem na unidade de AVC



Macklin R, McDuff F, Ward L, Grimshaw DM, et al. Lancet 2013;382(9898):1499-506.



CONTEXTO

PROTOCOLO FeSS – FEVER, SUGAR AND SWALLOW

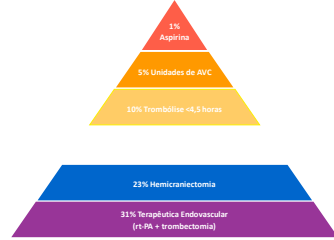


Macklin R, McDuff F, Ward L, Grimshaw DM, et al. Lancet 2013;382(9898):1499-506.



CONTEXTO

PROTOCOLO FeSS – FEVER, SUGAR AND SWALLOW



Shahar M, et al. American Stroke Association 2002;33(13):1802-10.



DISFAGIA

DEFINIÇÃO

- Distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais.
- Diferentes fases do processo de deglutição.
- **Disfagia orofaríngea.**
 - cavidade oral até à entrada no esôfago



DISFAGIA

- Prevalência de 42 a 67%
- Independente do hemisfério cerebral
- Aumento do risco de
 - complicações pulmonares
 - Desnutrição
 - Desidratação
 - hospitalização prolongada e morte



Martins, R. et al. (2010). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. Stroke: Journal of the American Heart Association, 41(12), 1776-81



DISFAGIA

SINAIS DE ALERTA

- Engasgamento;
- Tosse (durante ou até 1 minuto após a deglutição)
- Voz molhada, Pigarreio/Catarro
- Secreções orofaríngeas ruidosas
- Resíduos alimentares na cavidade oral
- Sialorreia/babar



DISFAGIA

HIGIENE ORAL

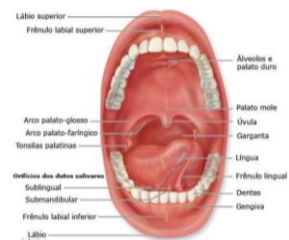


DISFAGIA

HIGIENE ORAL



DISFAGIA



DISFAGIA

PROTOCOLO DA DISFAGIA

- Se doente que **não acorda/não consciente, não colaborante ou que não tolera** cabeceira elevada a $\geq 60^\circ$:
 - Considerar deglutição alterada para alimentos líquidos, de consistência pastosa e sólidos;
 - Aconselha-se colocação de SNG ou pausa alimentar;



DISFAGIA

PROTOCOLO DA DISFAGIA

- Se doente consciente, colaborante e que tolera inclinação da cabeceira a $\geq 60^\circ$ (≈ 15 minutos), realizar Teste de Triagem da Disfagia (TTD);



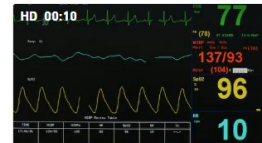
DISFAGIA

MATERIAL NECESSÁRIO



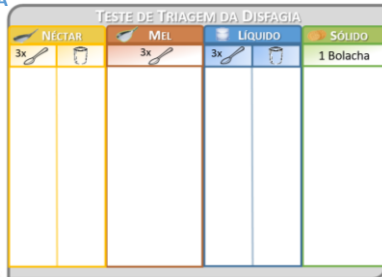
DISFAGIA

- Vigiar sinais de disfagia;
- Monitorizar alterações electrocardiográficas;
- % SpO₂



DISFAGIA

TTD



DISFAGIA



DISFAGIA TTD

QASC

angela

DISFAGIA PEDIDO DE DIETA - GHAF

QASC

angela

CONSISTÊNCIA MEL E/OU HIDRATAÇÃO EV

CONSISTÊNCIA NÉCTAR

HIDRATAÇÃO ORAL

DISFAGIA DECISÃO DA DIETA E HIDRATAÇÃO

QASC

angela

DISFAGIA

DIETA

- Adaptações que diminuem aporte
- Grumos
- Prescrição de suplementos

HIDRATAÇÃO

- H₂O suficiente?
- Prescrição de espessante

QASC

angela

DISFAGIA DECISÃO DA DIETA E HIDRATAÇÃO

QASC

angela

Se apresentar sinais de disfagia em algum momento do teste ou alguma das consistências não for testada, assumir:

SCILINCO

DEGLUTIÇÃO ALTERADA PARA ALIMENTOS LÍQUIDOS

DEGLUTIÇÃO ALTERADA PARA ALIMENTOS DE CONSISTÊNCIA PASTOSA

DEGLUTIÇÃO ALTERADA PARA ALIMENTOS LÍQUIDOS

DEGLUTIÇÃO ALTERADA PARA ALIMENTOS SÓLIDOS

DISFAGIA

- Sinalizar no copo com etiqueta a indicar a consistência da água aconselhada, se alteração para líquidos;
- Reavaliar e adaptar a dieta/hidratação;
- Referenciar para a MFR/TF os doentes com sinais de disfagia (para qualquer das consistências);
- Não esquecer de reforçar a higiene oral, antes do teste e após as refeições.

ESPESSANTE

Consistência: _____

Colheres: _____

QASC

angela



60 = vida
MINUTOS



FAÇA *contar* CADA SEGUNDO



DÚVIDAS?



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



APÊNDICE III – Instrumento de colheita de dados adaptado ao presente trabalho de investigação

INFORMAÇÃO DO AUDITOR

Nome do auditor:

E-mail do auditor:

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Nº processo do paciente: _____

RESQ ID: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___ ___ anos

Género: ___ masculino ___ feminino

Contato telefónico: Paciente: _____

Familiar: _____

DADOS DA ADMISSÃO

Data de início dos sintomas
(dia/mês/ano)

___ / ___ / ___

Hora de início dos sintomas
(hora/minutos)

___ : ___
 Desconhecida

Data de admissão no hospital
(dia/mês/ano)

___ / ___ / ___

Hora de admissão no hospital
(hora/minutos)

___ : ___
 Desconhecida

O doente foi capaz de caminhar de forma independente aquando da admissão (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)? Sim Não Desconhecido

O doente tinha algum histórico conhecido de fatores de risco antes da admissão? (selecione todos os que se aplicam)

AVC anterior Diabetes Nenhum

FA HTA Dislipidemia Outros. _____

NIHSS à entrada Efetuado Não efetuado NIHSS na admissão: _____

O doente foi tratado numa Unidade de AVC em algum momento durante a sua hospitalização? Sim Não Desconhecido

Entre o episódio de urgência (de admissão hospitalar) e o internamento na U.AVC, esteve noutra hospital/serviço? CHUC Outro Não

Data de admissão na U. AVC
(dia/mês/ano)

___ / ___ / ___

Hora de admissão na U. AVC
(hora/minutos)

___ : ___
 Desconhecida

Quantos dias permaneceu internado na U.AVC? ___ Dias

HISTÓRIA ANTES DO AVC

Estado funcional anterior ao AVC (Escala de Rankin modificada [mRS]): Registado Não registado

Se o mRS é conhecido, selecione registado e introduza 0-5 com base na escala abaixo indicada: _____

Avaliação funcional antes do AVC (Escala de Rankin modificada [mRS])

- 0 Assintomático
- 1 Sem incapacidade significativa apesar dos sintomas, capaz de realizar todas as tarefas e atividades
- 2 Incapacidade leve, incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas é capaz de cuidar de si próprio sem auxílio
- 3 Incapacidade moderada, necessita de alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem auxílio
- 4 Incapacidade moderadamente grave, incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de realizar as suas atividades de vida diárias sem auxílio
- 5 Incapacidade grave, totalmente dependente requerendo cuidados de terceiros, dia e noite

Se o mRS não está documentado, selecione não registado e a pontuação mRS irá derivar da resposta às seguintes questões:

A	O doente é capaz de caminhar sozinho?	<input type="checkbox"/> Se SIM, questão C <input type="checkbox"/> Se NÃO, questão B
B	Caso o doente não seja capaz de caminhar sozinho, é capaz de caminhar com a ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 4 <input type="checkbox"/> Se NÃO, pontuação 5
C	Caso o doente seja capaz de caminhar sozinho (incluindo meios de auxílio ao caminhar), precisa de ajuda nas atividades pessoais simples (ir à casa de banho, tomar banho, vestir, cozinhar, realizar tarefas domésticas e finanças simples)?	<input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 3 <input type="checkbox"/> Se NÃO, questão D
D	Caso o doente consiga executar as suas atividades pessoais simples, precisa de ajuda em atividades habituais mais complexas (conduzir, gerir finanças, contas da casa e tarefas do trabalho)?	<input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 2 <input type="checkbox"/> Se NÃO, questão E
E	Se não tem nenhuma incapacidade, apresenta alguns sintomas?	<input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 1 <input type="checkbox"/> E NÃO, pontuação 0

Cotação da Escala de Rankin modificada **antes do AVC** através do algoritmo:

NOTA: Se duas opções forem aparentemente válidas e as questões seguintes consideradas improváveis de esclarecer a situação em questão, a categoria mais grave deve ser selecionada.

Foi avaliado o grau de independência (**Escala de Barthel***) na admissão à Unidade de AVC?

Avaliado

Não avaliado

____ (valor calculado na intervenção do SClínico® - Avaliar Auto Cuidado)

TRATAMENTO

Tipo de AVC: (selecionar um)

AVC isquémico

AVC Hemorrágico

Indeterminado

O doente recebeu trombólise intravenosa?

Sim

Não

Desconhecido

O doente foi sujeito a trombectomia?

Sim

Não

Desconhecido

TRATAMENTO DA FEBRE

A temperatura foi registada:

No mínimo quatro vezes no dia da admissão ao internamento?

No mínimo quatro vezes no dia três após admissão ao internamento?

No mínimo quatro vezes no dia dois após admissão ao internamento?

Nenhuma das opções

O doente desenvolveu febre $\geq 37,5$ °C nas 72 horas após admissão ao internamento?

Sim

Não

Desconhecido

Se não ou desconhecido, ir para a secção seguinte: «Tratamento da glicémia»

Quando foi o primeiro pico febril ($\geq 37,5$ °C)??

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____

Foi administrado paracetamol (ou um outro antipirético) após primeiro aumento de temperatura ($> 37,5$ °C)?

Sim

Não

Desconhecido

Foi administrado paracetamol (ou um outro antipirético) dentro de 1 hora após primeiro aumento de temperatura ($> 37,5$ °C)?

Sim

Não

Desconhecido

TRATAMENTO DA HIPERGLICÉMIA

Foi recolhida uma amostra do nível de glucose no sangue venoso e enviada para laboratório? Sim Não Desconhecido

Foi realizada pesquisa de glicémica capilar na admissão hospitalar? Sim Não Desconhecido

O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado:

No mínimo quatro vezes no dia da admissão ao internamento

No mínimo quatro vezes no dia três da admissão ao internamento

No mínimo quatro vezes no dia dois da admissão ao internamento

Nenhuma das opções

O doente apresentou nível de glucose no sangue por picada no dedo igual ou superior a 180mg/dl (10 mmol/l) nas primeiras 48 horas após admissão ao internamento?

Sim Não Desconhecido

Se não ou desconhecido, ir para a secção seguinte: «Tratamento da deglutição».

Quando foi o primeiro pico de glicemia (≥ 180 mg/dl)?

Data: ___/___/_____ Hora: ___ : ___

Foi administrada insulina no primeiro aumento do nível de glucose por picada no dedo (≥ 180 mg/dl)? Sim Não Desconhecido

Foi administrada insulina dentro de 1 hora no primeiro aumento do nível de glucose por picada no dedo (≥ 180 mg/dl)? Sim Não Desconhecido

TRATAMENTO DA DEGLUTIÇÃO

Foi efetuado um teste formal da deglutição (ou seja, não o teste do reflexo de engasgo)?

Efetuado Não efetuado Não aplicável

O teste de deglutição foi realizado dentro das 24 horas após admissão no hospital?

Sim Não Desconhecido

Data do rastreio de reflexo de deglutição (dia/mês/ano)

___ / ___ / ___

Hora do rastreio de reflexo de deglutição (hora/minutos)

___ : ___

O doente passou no teste? Sim Não Desconhecido

Foi realizada uma Avaliação da Deglutição (pela MFR)? Sim Não Desconhecido

A avaliação da deglutição foi registada por: Terapeuta da Fala Outro. Quem? _____

Data avaliação do reflexo de deglutição (dia/mês/ano)

___ / ___ / ___

Hora avaliação do reflexo de deglutição (hora/minutos)

___ : ___

O doente passou na Avaliação da Deglutição? Sim Não

O teste de deglutição ou a avaliação da deglutição foram efetuados antes de ter sido administrada medicação oral? Sim Não Desconhecido

O teste de deglutição ou a avaliação da deglutição foram efetuados antes do doente ter recebido alimentos ou fluidos por via oral? Sim Não Desconhecido

DADOS DA ALTA HOSPITALAR

O doente foi avaliado pela MFR? Sim. Quando? ___/___/_____ Não

Quantas vezes fez terapia com: Fisioterapeuta ___ Terapeuta da Fala ___ Terapeuta Ocupacional ___

Durante o internamento, há registo de dificuldade na deglutição? Sim Não

Foi diagnosticada pneumonia de aspiração? Sim Não

O doente é capaz de caminhar por si próprio aquando da alta (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)? Sim Não Desconhecido

Qual o destino/modo do **doente na alta**? Domicílio Centro de Reabilitação Outro hospital

Unidade de Cuidados Continuados/Centro de Enfermagem Morte Desconhecido

Qual o destino **após a alta da U.AVC**? Outro serviço Outro hospital Domicílio Morte

Lar Unidade Reabilitação RNCCI-UC RNCCI-ULDM RNCCI-UMDR Outro. Qual? _____

Qual o destino **após a alta hospitalar**? Outro hospital Domicílio Lar Morte

Unidade Reabilitação RNCCI-UC RNCCI-ULDM RNCCI-UMDR Outro. Qual? _____

Data da alta da U.AVC
(dia/mês/ano)

Hora da alta da U.AVC
(hora/ minutos)

Data da alta hospitalar
(dia/mês/ano)

___/___/___

__:__

___/___/___

Qual o grau de independência (**Escala de Barthel**) na alta hospitalar, segundo registo no SClínico®?

Estado funcional (mRS) **na alta**: Registado Não registado

Se o mRS é conhecido, seleccione registado e introduza 0-6 com base na escala abaixo indicada:

Avaliação funcional **na alta** (Escala de Rankin modificada [mRS])

- 0** Assintomático
- 1** Sem incapacidade significativa apesar dos sintomas, capaz de realizar todas as tarefas e atividades
- 2** Incapacidade leve, incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas é capaz de cuidar de si próprio sem auxílio
- 3** Incapacidade moderada, necessita de alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem auxílio
- 4** Incapacidade moderadamente grave, incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de realizar as suas atividades de vida diárias sem auxílio
- 5** Incapacidade grave, totalmente dependente requerendo cuidados de terceiros, dia e noite
- 6** Morte

Se o mRS não está documentado, seleccione não registado e a pontuação mRS irá derivar da resposta às seguintes questões:

- A** O doente é capaz de caminhar sozinho? Se SIM, questão C Se NÃO, questão B
- B** Caso o doente não seja capaz de caminhar sozinho, é capaz de caminhar com a ajuda de outra pessoa? Se SIM, pontuação 4 Se NÃO, pontuação 5
- C** Caso o doente seja capaz de caminhar sozinho (incluindo meios de auxílio ao caminhar), precisa de ajuda nas atividades pessoais simples (ir à casa de banho, tomar banho, vestir, cozinhar, realizar tarefas domésticas e finanças simples)? Se SIM, pontuação 3 Se NÃO, questão D
- D** Caso o doente consiga executar as suas atividades pessoais simples, precisa de ajuda em atividades habituais mais complexas (conduzir, gerir finanças, contas da casa e tarefas do trabalho)? Se SIM, pontuação 2 Se NÃO, questão E
- E** Se não tem nenhuma incapacidade, apresenta alguns sintomas? Se SIM, pontuação 1 E NÃO, pontuação 0

Cotação da Escala de Rankin modificada **na alta** através do algoritmo:

90 DIAS APÓS O AVC

Nº processo do paciente: _____ RESQ ID: _____ Data: ____/____/____

Foi possível o contato telefónico? Sim Não

Quem responde ao contato telefónico?

Paciente Familiar Cuidador Enfermeiro Outro. Quem? _____

Calcular avaliação funcional [mRS] aos 90 dias após AVC, através do algoritmo a seguir (pergunta A até E)

- | | | |
|----------|---|--|
| A | O paciente consegue deambular sozinho? | <input type="checkbox"/> Se SIM, questão C
<input type="checkbox"/> Se NÃO, questão B |
| B | Se não consegue deambular sozinho, consegue deambular com ajuda de terceiros? | <input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 4
<input type="checkbox"/> Se NÃO, pontuação 5 |
| C | Se o paciente consegue deambular sozinho (incluindo meios auxiliares de marcha), necessita de ajuda em atividades de vida diária simples (banho, wc, vestir, cozinhar, tarefas domésticas)? | <input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 3
<input type="checkbox"/> Se NÃO, questão D |
| D | Se o paciente consegue realizar atividades simples, necessita de ajuda em atividades mais complexas (conduzir, pagamentos de contas, tarefas financeiras)? | <input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 2
<input type="checkbox"/> Se NÃO, questão E |
| E | Se não apresenta nenhuma limitação, apresenta algum sintoma? | <input type="checkbox"/> Se SIM, pontuação 1
<input type="checkbox"/> Se NÃO, pontuação 0 |

NOTA: se duas opções parecerem igualmente válidas e se nenhuma outra questão clarificar a escolha, então a escolha mais grave deve ser selecionada.

Cotação da Escala de Rankin modificada aos **90 dias após AVC** através do algoritmo: _____

Qual o grau de independência (**Escala de Barthel – usar anexo***) do doente aos 90 dias após AVC? _____

Durante estes 90 dias, onde permaneceu o paciente? Outro Hospital ___ Domicílio ___ Lar ___

Unidade de Reabilitação ___ RNCCI-UC ___ RNCCI-ULDM ___ RNCCI-UMDR ___ Outro. Onde? _____

Durante estes 90 dias, que profissionais o acompanharam? Outro. Quem? _____

Enfermeiro ___ Fisioterapeuta ___ Terapeuta da Fala ___ Terapeuta Ocupacional ___ Cuidador Informal ___

Durante estes 90 dias, teve dificuldade na deglutição? Sim. Quando? _____ Não Desconhecido

Se na alta hospitalar, já tinha dificuldade na deglutição (disfagia), esta melhorou ao longo dos 90 dias? Sim. Quando? _____ Não Desconhecido

Se na alta hospitalar, já tinha dificuldade na deglutição, esta piorou ao longo dos 90 dias? Sim. Quando? _____ Não Desconhecido

Durante estes 90 dias teve alguma nova complicação médica? Não Morte. Quando? ____/____/____

Pneumonia AVC EAM HTA Outro. Qual? _____

Durante estes 90 dias, foi novamente internado em hospital? Sim. Causa? _____ Não

Se morte e a causa for conhecida, especifique. _____

Observações: _____

ANEXO: Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar órteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50metro, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso do supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	_____

APÊNDICE IV – Apresentação do estudo à responsável do projeto QASC



Diana Isabel Dias Oliveira <dianaidoliveira@gmail.com>

Request for authorization to use the "Quality in Acute Stroke Care" data - QASC Europe, for Master's Dissertation

Sandy Middleton <Sandy.Middleton@acu.edu.au>

20 de julho de 2019 às 01:26

Para: Diana Oliveira <dianaidoliveira@gmail.com>, "marieke@spmconsult.eu" <marieke@spmconsult.eu>, QASC <ACU.QASC@acu.edu.au>, "marieke.rijksen@gmail.com" <marieke.rijksen@gmail.com>, Simeon Dale <Simeon.Dale@acu.edu.au>

Dear Diana,

Thank you for your email. I also want to thank you for your work as a clinical champion for the QASC study at your hospital. Using your hospital RES-Q data as part of your Masters study would be fine.

I am also very interested to hear you will be contacting patients to ascertain 90-day mRS. This is an excellent Masters project.

We have a small sub-set of patients across Europe who are also having 90-day follow-up. We are interested in working out some way to pool these 90-day outcome data across Europe. I am not yet sure if we will have data from enough hospitals to do much with this but would you be interested in collaborating should this prove feasible? This would mean down the track that we would like access to your 90-day data (linked to their RES-Q data). If we have enough data to pool I would hope that we may be able to produce a manuscript for publication that you would be a co-author on. Would this be suitable? Regardless of your interest in collaborating on the 90-day outcome work, you can still use the RES-Q data.

Also, just to clarify we only have ethical clearance to collect the FeSS data in hospital so you would need to gain individual patient consent whilst they were in hospital, to telephone them at 90-days. In the QASC Trial (Middleton et al. Lancet 2011) we also administered the Barthel Index and you might want to consider this also.

Let us know if we can provide anymore advice/ assistance.

Best of luck with your studies.

Kind regards

Sandy

Professor Sandy Middleton

Director, Nursing Research Institute

St Vincent's Health Australia Sydney, St Vincent's Hospital, Melbourne & Australian Catholic University

Level 5, deLacy Building

St Vincent's Hospital Sydney

390 Victoria Street

Darlinghurst NSW 2010

T: +61 2 8382 3790

E: sandy.middleton@acu.edu.au

W: www.acu.edu.au



Australian Catholic University & the courses offered by the University are registered on the Commonwealth Register of Institutions and Courses for Overseas Students (CRICOS).
Provider registration codes: ABN 15 050 192 660 CRICOS Reg. 00004G.

This correspondence is for the named person's use only. It may contain confidential or legally privileged information or both. No confidentiality or privilege is waived or lost by this transmission. If you receive this correspondence in error, please immediately delete it from your system and notify the sender. You must not disclose, copy or rely on any part of this correspondence if you are not the intended recipient.

Please consider our environment before printing this email.

From: Diana Oliveira <dianaidoliveira@gmail.com>

Date: Friday, 19 July 2019 at 7:20 pm

To: Marieke Rijkssen <marieke@spmconsult.eu>, QASC <ACU.QASC@acu.edu.au>, Sandy Middleton <Sandy.Middleton@acu.edu.au>, "marieke.rijksen@gmail.com" <marieke.rijksen@gmail.com>

Subject: Fwd: Request for authorization to use the "Quality in Acute Stroke Care" data - QASC Europe, for Master's Dissertation

Subject: Request for authorization to use the "Quality in Acute Stroke Care" data - QASC Europe, for Master's Dissertation

Diana Isabel Dias Oliveira, Nurse working in the UCAP (Polyvalent Acute Care Unit) of the Hospital Center of Leiria (Santo André Hospital), master's degree student of the 6th Master's Degree Course in Nursing at Critical Situation, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, is currently developing a master's degree thesis under the guidance of Professor José Carlos Quaresma Coelho, whose theme is "Quality of Care for Acute Stroke Patient".

As one of the "Champions" of the QASC Europe project, to carry out the monitoring in the Polyvalent Acute Care Unit (where the Type B Stroke Unit is placed), I propose monitoring our stroke patients by means of a phone call 90 days after the event. This evaluation aims to assess the degree of the patients' functionality (modified Rankin scale) as well as the type of follow-up care given after the discharge from the Stroke Unit, as assessed in one of your studies.

In order to carry out this work, I now ask for your authorization to use the data in the RESQ database. The aforementioned work is for academic purposes only.

01/08/2019

Gmail - Request for authorization to use the "Quality in Acute Stroke Care" data - QASC Europe, for Master's Dissertation

Data anonymity and confidentiality will be ensured, and research data will not be used for any other purposes than those contained in the study's objectives. Thank you in advance for your time. Please don't hesitate to contact me for any additional clarification.

Best regards,

Diana Isabel Dias Oliveira

dianaidoliveira@gmail.com / diana.oliveira@chleiria.min-saude.pt

Nurse, Student of the Master's in Nursing to the Person in Critical Situation

Leiria Health School

July 2019

--

Diana Oliveira

APÊNDICE V – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em
investigação

Centro Hospitalar de Leiria

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Projeto: “Qualidade dos Cuidados ao Doente com AVC em fase aguda” (QASC) Europa

É convidado a participar voluntariamente num estudo que tem por objetivo avaliar a implementação de um projeto de boas práticas clínicas na fase aguda do Acidente vascular Cerebral (AVC), nomeadamente no que diz respeito à gestão da temperatura corporal, da glicémia e do despiste da disfagia (dificuldade em engolir).

A implementação desta monitorização foi alvo de um estudo em 2011, com evidência científica nos ganhos para a saúde dos doentes. Estes resultados apontam que a gestão adequada da temperatura, da glicémia e a avaliação da disfagia reduzem em 16 % a morte e o grau de dependência dos doentes. Neste sentido os Hospitais são convidados a aderir a estes protocolos, trabalhando para a melhoria dos resultados em saúde destes doentes.

Antes de aceitar participar neste estudo, deverá esclarecer qualquer dúvida relacionada com o mesmo, junto de um elemento da equipa de investigação (indicado no final deste documento). Este estudo não acarreta riscos para quem participa nele, nem tem qualquer custo económico. Os benefícios para a saúde são os que se esperam da aplicação das boas práticas, tendo por base a evidência dos estudos atrás referidos.

O estudo da implementação destas normas é conduzido por uma equipa de profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP), com uma duração de cinco anos. Os doentes que participam neste estudo são os que têm uma situação aguda de Acidente Vascular Cerebral e que ficam internados na UCAP.

Será monitorizado o cumprimento dos protocolos da temperatura, da glicémia e da avaliação da disfagia, de forma a avaliar o cumprimento dos mesmos.

O estudo prevê ainda um contato telefónico por parte dos investigadores com o doente ou familiar, aos 90 dias após o Acidente Vascular Cerebral, para monitorização dos doentes incluídos no estudo.

Os seus dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão mantidos em arquivos seguros, com acesso restrito, na Base de dados RESQ da Organização Europeia do AVC (*European Stroke Organisation*), e guardados por 15 (quinze) anos após a conclusão do estudo.

Todos os ficheiros eletrónicos terão restrição de permissão de acesso aos conteúdos, impedindo que as informações confidenciais sejam acedidas, impressas, reencaminhadas ou copiadas por pessoas não autorizadas.

A sua identidade não será revelada em quaisquer trabalhos, relatórios ou publicações resultantes do estudo clínico.

De acordo com o artigo 13º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), tem o direito de, através de um investigador envolvido no estudo, consultar os seus dados pessoais e de solicitar alterações aos mesmos (artigos 16º e 19º do RGPD), caso não estejam corretos. Cabe ao responsável pelo tratamento fornecer ao titular uma cópia dos dados pessoais em fase de tratamento (artigo 15º do RGPD).

Durante o estudo, tem o direito de retirar o seu consentimento de participação o que implica que deixe de participar no estudo. Tem o direito de requerer que os seus dados sejam transmitidos para uma terceira pessoa por si designada (artigo 20º do RGPD). Tem o direito de se opor ao tratamento dos dados pessoais a qualquer momento (artigo 21º do RGPD) e de solicitar o apagamento dos seus dados pessoais, embora apenas quando os dados em questão não forem mais necessários para a finalidade para o qual foram recolhidos (artigos 17º a 19º do RGPD). Caso tenha dúvidas sobre a recolha e utilização de informações sobre si, ou caso pretenda exercer os direitos que possa ter relativamente a esta informação, deve contactar um elemento da equipa do estudo.

Durante este estudo, se tiver perguntas ou dúvidas sobre o mesmo ou algum problema relacionado com o estudo, com os seus direitos relativamente aos seus dados pessoais, com o tratamento dos seus dados, por favor contacte: Enfermeira Teresa Peralta, Telefone: (+351) 244 817000 extensão 7603; Enfermeira Diana Oliveira, Telefone: (+351) 244 817000 extensão 7625/7626 (**Investigadoras Principais**); Dr. Emanuel Filipe Araújo, Telefone: (+351) 244 817000 extensão 7625/7626.

“Qualidade dos Cuidados ao Doente com AVC em fase aguda” (QASC) Europa

Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome Legível do investigador/profissional de saúde	Teresa Peralta Diana Oliveira Emanuel Araújo	Serviço/Departamento: Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP)
Data: ____/____/____	Hora:	N.º Cédula Profissional:
Contacto Institucional do investigador: 244817000	Assinatura:	

Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

AUTORIZO **NÃO AUTORIZO**, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data: ____/____/____	Nome do utente: _____ Assinatura (s): _____ Contacto Telefónico: _____ Se o menor tiver discernimento, deve também assinar
----------------------	---

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento e 16 ou mais anos, deve também assinar)

Representante legal; **Pessoa de relação próxima com o (a) Participante**

Pai/Mãe Filho/Filha Cônjuge Tutor Outro (especificar) _____

Nome _____

Cartão Cidadão/BI Passaporte Carta de condução N.º _____

Data Emissão ou validade: ____/____/____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

ANEXOS

ANEXO I – Etapas do projeto QASC Europa

ETAPAS DO PROJETO EUROPA QASC

O Projeto Europa QASC consiste num número de etapas consecutivas que descrevem o processo para implementação e avaliação dos protocolos clínicos FeSS nas unidades de acidentes vasculares cerebrais (AVC) na Europa.

O diagrama de processo abaixo indicado apresenta um resumo destas etapas:

01

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE

Os hospitais ou o Angels Consultant contactam o Instituto de Pesquisa de Enfermagem (NRI), disponibilizando os contactos

02

RECRUTAMENTO DO CENTRO DE ENSAIO

A NRI envia para os hospitais:

- Declaração de Consentimento Informado do Participante no Projeto Europa QASC
- Documento com perguntas frequentes sobre a Auditoria Base

03

AUDITORIA BASE

- Os hospitais devolvem a Declaração de Consentimento Informado do Projeto Europa QASC assinada para a NRI
- A NRI cria um acesso ao QASC RES-Q para o hospital (os hospitais precisam de se registar no RES-Q, caso ainda não o tenham feito)
- A NRI envia instruções para o processo da auditoria base
- Os hospitais informam a NRI da data de início da auditoria e do tipo de dados requeridos (retrospetivo/prospetivo)
- Os hospitais executam auditorias consecutivas dos processos clínicos (40-100 doentes)
- A NRI informa os centros de ensaio dos dados em falta e dos dados que necessitam de clarificação (cleaning)
- Realização de nova auditoria a 5 doentes efetuada por um novo auditor ("Casos de Fiabilidade")
- A NRI irá informar os hospitais sobre quais os doentes que necessitam de nova auditoria

04

QUESTIONÁRIO ORGANIZACIONAL

Os centros de ensaio preenchem o questionário organizacional online ou em papel e enviam de volta para a NRI

05

IMPLEMENTAÇÃO DO FeSS

- Os *Angels Consultants* reúnem-se com os clínicos responsáveis pela implementação do processo no hospital para discutir os recursos e o processo de implementação
- Os *Angels Consultants* e os clínicos responsáveis contactam as partes interessadas chave dos hospitais, de modo a executar workshops multidisciplinares

WORKSHOP 1:

- Discutidos protocolos FeSS
- Discutidos resultados da auditoria base
- Barreiras/condicionantes Identificadas
- Plano de ação desenvolvido

WORKSHOP 2:

- Plano de ação revisto após identificação de barreiras

06

IMPLEMENTAÇÃO DO FeSS

- Os clínicos hospitalares responsáveis dão formação sobre os protocolos FeSS a outros clínicos
- Os hospitais executam os protocolos FeSS e informam a NRI da data de implementação real dos protocolos "go-live" (tornam-se atividade diária)
- Os Angels Consultants auxiliam os hospitais no processo de implementação

07

AUDITORIA DE ACOMPANHAMENTO

- Auditoria de acompanhamento dos processos clínicos
 - » A NRI irá informar a data de início da auditoria (3 meses depois da data "go-live")
- 40-100 doentes consecutivos
- A NRI informa os centros de ensaio dos dados em falta e dos dados que necessitam de clarificação (cleaning)
- Realização de nova auditoria a 5 doentes executada por um novo auditor ("Casos de fiabilidade")

08

RESULTADOS

- Perfis dos hospitais
- Relatório final com implicações/recomendações



ANEXO II – Instrumento de colheita de dados do projeto QASC e respectivo dicionário de dados

QASC EUROPE DATA COLLECTION FORM



AUDITOR INFORMATION

Auditor Name:

Auditor Email:

PATIENT INFORMATION

Patient Record ID:

Date of Birth: DD / MM / YYYY

Gender: Male Female

ADMISSION DETAILS

Symptom onset date:
(DD/MM/YYYY)

Symptom onset time:
(HH:MM)

Date of admission to hospital:
(DD/MM/YYYY)

Time of admission to hospital:
(HH:MM)

Was the patient able to walk independently on admission (i.e. without the assistance of another person, but may include walking aid)?*

Yes No

Did the patient have any history of known risk factors prior to admission?

Previous stroke Diabetes None

NIHSS at baseline:

Was the patient treated in a stroke unit at any time during their stay?

Yes No

Date of admission to stroke unit:
(DD/MM/YYYY)

Time of admission to stroke unit:
(HH:MM)

PRE STROKE HISTORY

Functional status prior to stroke (modified Rankin Scale [mRS]):

- 0 No symptoms at all

- 1 No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities

- 2 Slight disability, unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance

- 3 Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance

- 4 Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance

- 5 Severe disability; bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention

If mRS is UNKNOWN derive from following algorithm (questions a to e):

- A** Can the patient walk on their own? If No go to question b
 If Yes go to question c

- B** If the patient can't walk on their own can they walk if someone is helping them? If Yes score 4
 If No score 5

- C** If the patient can walk on their own (includes walking aids) do they need help with simple personal activities (toilet, bathing, dressing, cooking, household tasks, simple finances)? If Yes score 3
 If No go to question d

- D** If they can perform simple personal activities do they need help with more complex usual activities (driving, golf, finances, household bills, work tasks)? If Yes score 2
 If No go to question e

- E** If they have no disability do they have any symptoms? If Yes score 1
 If No score 0

NOTE: If two options appear equally valid and if further questions considered unlikely to clarify choice, then the more severe category should be selected.

TREATMENT

Did the patient receive intravenous thrombolysis?

Yes No

Stroke type:
(select one)

Subarachnoid haemorrhage
 Intracerebral hemorrhage
 Undetermined
 Ischaemic Stroke
 Clinically-defined TIA

TREATMENT FEVER

Was temperature recorded:

At least four times on day of ward admission
 At least four times on day three of ward admission
 At least four times on day two of ward admission
 None of the above

In first 72hrs following admission did the patient develop a fever $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$?

Yes
 No *If No please go to next section (Treatment Sugar)*

Was paracetamol for first elevated temperature ($>37.5^{\circ}\text{C}$) administered?

Yes
 No

Was paracetamol for the first elevated temperature ($>37.5^{\circ}\text{C}$) administered within 1 hour?

Yes
 No

TREATMENT SUGAR

Was a venous blood glucose level sample collected and sent to laboratory

Yes No

Was a finger-prick blood glucose level recorded:

At least four times on day of ward admission
 At least four times on day three of ward admission
 At least four times on day two of ward admission
 None of the above

In the first 48 hours following ward admission did the patient develop a finger-prick glucose level of greater or equal to 10mmol/L?

Yes
 No *If No please go to next section (Treatment Swallow)*

Was insulin for first elevated finger prick glucose ($\geq 10\text{mmol/L}$) administered

Yes
 No

Was insulin for the first elevated finger prick glucose ($\geq 10\text{mmol/L}$) administered within 1 hour?

Yes
 No

TREATMENT SWALLOW

Was a formal swallowing screen performed
(i.e. not a test of gag reflex?)

Performed

Not performed

(If Not Performed go to questions regarding swallow assessment)

Not applicable

(If Not applicable go to questions regarding swallow assessment)

Date of swallow screen:
(DD/MM/YYYY)

Time of swallow screen:
(HH:MM)

Did patient pass the screening?

Yes

No

Was a swallow assessment by a Speech Therapist recorded?

Yes

No

Date of swallow assessment:
(DD/MM/YYYY)

Time of swallow assessment:
(HH:MM)

Was the swallow screen or swallow assessment performed
before the patient was given oral medications?

Yes

No

Was the swallow screen or swallow assessment performed
before the patient was given oral food or fluids?

Yes

No

DISCHARGE

Can the patient walk on their own at discharge (i.e. without the assistance of another person, but may include walking aid)?

Yes No

What is the discharge destination/mode?

Home Rehab facility Long term care facility/nursing home Other hospital Dead

Date of discharge :
(DD/MM/YYYY)

Functional status (mRS) on discharge

- 0 No symptoms at all
- 1 No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities
- 2 Slight disability, unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance
- 3 Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance
- 4 Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance
- 5 Severe disability; bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention

If mRS is UNKNOWN derive from following algorithm (questions a to e):

- A** Can the patient walk on their own? If No go to question b
 If Yes go to question c
- B** If the patient can't walk on their own can they walk if someone is helping them? If Yes score 4
 If No score 5
- C** If the patient can walk on their own (includes walking aids) do they need help with simple personal activities (toilet, bathing, dressing, cooking, household tasks, simple finances)? If Yes score 3
 If No go to question d
- D** If they can perform simple personal activities does he need help with more complex usual activities (driving, golf, finances, household bills, work tasks)? If Yes score 2
 If No go to question e
- E** If they have no disability do they have any symptoms? If Yes score 1
 If No score 0

NOTE: If two options appear equally valid and if further questions considered unlikely to clarify choice, then the more severe category should be selected.

DICIONÁRIO DE DADOS

PROJETO QASC EUROPA
AUDITORIA DO
PROCESSO CLÍNICO
2018



angela 

NRI NURSING
RESEARCH
INSTITUTE
at Monash Health, Austin Health, Victorian Aboriginal Health Services

QASC 
Quality in Acute Stroke Care
Europe

 **ACU**
AUSTRALIAN CATHOLIC UNIVERSITY



CONTEÚDOS

4 INTRODUÇÃO

5 INSERIR INFORMAÇÃO DO DOENTE

- 5 ID do Sujeito do Ensaio
- 5 Data do Registo
- 5 Sexo
- 5 Estudo/Ensaio
- 5 Data do Evento

6 INFORMAÇÃO DO AUDITOR

- 6 Nome do Auditor
- 6 E-mail do Auditor

6 INFORMAÇÃO DO DOENTE

- 6 Idade à data do AVC
- 6 Género do Doente

7 DETALHES DA ADMISSÃO

- 7 Data de Início dos sintomas
- 7 Hora de Início dos sintomas
- 8 Data de admissão no hospital
- 8 Hora de admissão no hospital
- 9 O doente era capaz de caminhar de forma independente aquando da admissão (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)?
- 9 O doente tinha algum histórico conhecido de fatores de risco antes da admissão? (selecione todos os que se aplicam)
- 10 NIHSS à entrada
- 10 O doente foi tratado numa Unidade de AVC em algum momento durante a sua hospitalização?
- 11 Data de admissão na Unidade de AVC
- 11 Hora de admissão na Unidade de AVC

12 CONDIÇÃO PRÉ-AVC

- 12 Estado funcional anterior ao AVC (Escala de Rankin modificada [mRS]):

13 TRATAMENTO

- 13 Tipo de AVC
- 13 O doente recebeu trombólise intravenosa?

14 TRATAMENTO DA FEBRE

- 14 A temperatura foi registada no mínimo quatro vezes no dia da admissão ao internamento?
- 14 A temperatura foi registada no mínimo quatro vezes no dia dois após admissão ao internamento?
- 14 A temperatura foi registada no mínimo quatro vezes no dia três após admissão ao internamento?
- 14 O doente desenvolveu febre $\geq 37,5$ °C nas 72 horas (dia três) após admissão ao internamento?
- 15 Foi administrado paracetamol (ou um outro antipirético) após primeiro aumento de temperatura ($> 37,5$ °C)?

- 15 Foi administrado paracetamol (ou um outro antipirético) dentro de 1 hora após primeiro aumento de temperatura ($> 37,5$ °C)?

15 TRATAMENTO DO AÇÚCAR

- 15 Foi recolhida uma amostra do nível de glucose no sangue venoso e enviada para laboratório?
- 16 O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado no mínimo quatro vezes no dia da admissão ao internamento?
- 16 O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado no mínimo quatro vezes no dia dois após admissão ao internamento?
- 16 O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado no mínimo quatro vezes no dia três após admissão ao internamento?
- 16 O doente apresentou nível de glucose no sangue por picada no dedo igual ou superior a 10 mmol/l nas primeiras 48 horas após admissão ao internamento?
- 17 Foi administrada insulina no primeiro aumento do nível da glucose por picada no dedo (≥ 10 mmol/l)?
- 17 Foi administrada insulina dentro de 1 hora no primeiro aumento do nível de glucose por picada no dedo (≥ 10 mmol/l)?

17 TRATAMENTO DA DEGLUTIÇÃO

- 17 Foi efetuado um teste formal da deglutição (ou seja, não o teste do reflexo de engasgo)?
- 18 O teste de deglutição foi realizado dentro das 24 horas após admissão no hospital?
- 18 Data do teste de deglutição
- 19 Hora do teste de deglutição
- 19 O doente passou no teste?
- 20 Foi registada uma Avaliação da Deglutição?
- 20 A avaliação da deglutição foi registada por:
 - 20 Data da avaliação da deglutição
 - 21 Hora da avaliação da deglutição
- 21 O teste de deglutição ou a avaliação da deglutição foram efetuados antes de ter sido administrada medicação oral?
- 22 O teste de deglutição ou a avaliação da deglutição foram efetuados antes do doente ter recebido alimentos ou fluidos por via oral?

22 DADOS DA ALTA HOSPITALAR

- 22 O doente é capaz de caminhar por si próprio aquando da alta (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)?
- 23 Qual o destino/modo do doente na alta?
- 23 Data da alta da Unidade de AVC
- 24 Hora da alta da Unidade de AVC
- 24 Data da alta hospitalar
- 24 Estado funcional (mRS) na alta



Projeto QASC Europa Dicionário de Dados de Auditoria do Processo Clínico

Declaração de exoneração de responsabilidade de Direitos de Autor/ Propriedade Intelectual:

Adaptado com permissão do Dicionário de Dados QASC e da National Stroke Data Dictionary (NSDD), março 2017.

O Dicionário de dados de auditoria do processo clínico Projeto QASC Europa foi desenvolvido por investigadores do NRI com permissão da Australian Catholic University. Todos os direitos reservados.

Para qualquer informação adicional contactar:

Nursing Research Institute - SVHA (Syd) & ACU
Executive Suite, Level 5, deLacy Building
St Vincent's Hospital,
Victoria Street,
Darlinghurst NSW 2010

Telefone: +61283 823790

E-mail: qasc@acu.edu.au

Fax: +6128382 3792

*** Disponha de todos os dados solicitados antes de iniciar a introdução online destes. Não é possível gravar um formulário incompleto**



INTRODUÇÃO

O **Dicionário de dados de auditoria do processo clínico Projeto QASC Europa** é constituído por definições e instruções para a recolha de dados, utilizando a **ferramenta de recolha de dados da auditoria dos processos clínicos projeto QASC Europa (QASC Europe Project medical record audit data collection tool)**. As definições padrão e as regras são de importância fundamental na qualidade e integridade dos dados e devem ser utilizadas por todo o pessoal envolvido na recolha dos dados. Isso garante a padronização de dados e permite a comparação de resultados.

O que abrange o dicionário?

As definições no dicionário abrangem as variáveis incluídas na **ferramenta de recolha de dados do projeto QASC Europa**.

O dicionário de dados explica cada item, utilizando algumas ou todas as categorias abaixo indicadas.

Definição	Apresenta uma breve explicação de cada elemento dos dados
Orientações de Registo	Esta secção fornece orientações na entrada dos dados, ou seja, onde procurar a informação solicitada (por exemplo, observações médicas)
Formato	Define o formato do elemento dos dados, ou seja, dd/mmm/aaaa
Valores	Esta secção apresenta alguns valores, quando aplicáveis
Observações auxiliares	Fornece instruções na introdução e interpretação dos dados



INSERIR INFORMAÇÃO DO DOENTE

ID do Sujeito do Ensaio

Nome Comum	ID do registo do ensaio.
Definição	Um ID único é atribuído pela base de dados RES-Q, que pode ser utilizado para identificar um episódio de tratamento específico do doente.
Códigos e valores	Numérico
Observações auxiliares	Este é o número utilizado pela base de dados para identificar o doente individual e é diferente do ID do processo clínico do doente atribuído na admissão hospitalar O registo do ID do sujeito do ensaio deve ser mantido no «Logfile» Cada ID do sujeito do ensaio é único Este número é útil para identificar os doentes durante a auditoria, protegendo, ao mesmo tempo, a confidencialidade da informação do doente.

Data do Registo

Nome Comum	Data do registo.
Definição	Data em que o doente foi registado na base de dados RES-Q.
Códigos e valores	Campo Calendário.
Observações auxiliares	Esta é a data em que o doente foi introduzido na base de dados; não deve ser confundida com a data de admissão hospitalar do doente ou a data quando o mesmo teve o acidente vascular cerebral (AVC).

Sexo

Nome Comum	Sexo ou género.
Definição	A distinção biológica entre masculino e feminino.
Fonte de referência principal	Padrão Representativo: <i>National Health Data Dictionary</i> Identificador METeOR: 287316 [Sexo] Registo: <i>Health, Standard 04/05/2005</i> http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/287316
Formato	Listagem. (selecione um)
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Formulário de admissão e/ou Serviço de Gestão de Doentes.
Códigos e valores	Masculino Feminino

Estudo/Ensaio

Nome Comum	Nome do Estudo/ensaio.
Definição	O registo do protocolo geral em que o doente irá ser incluído.
Formato	Listagem. (selecione um)
Orientações de Registo	Selecione o registo do protocolo geral para adicionar o doente. Para o QASC Europa, será QR-ESO-EAST
Códigos e valores	QR-ESO-EAST
Observações auxiliares	QR-ESO-EAST deve ser a única opção disponível na listagem. QR-ESO-EAST representa o programa « <i>Quality Registry-European Stroke Organization-Enhancing and Accelerating Stroke Treatment</i> ». Ambos os programas, QASC Europa e RES-Q fazem parte deste registo geral.

Data do Evento

Nome Comum	Data do AVC.
Definição	Data de início dos sintomas do AVC corrente. É a data em que o doente foi visto bem pela última vez (sem sintomas) ou em que se tomou conhecimento de que estava bem (ou seja, se o doente acordou com sintomas de AVC, a data de início do AVC é designada como a data em que o doente foi visto bem pela última vez ou em que se tomou conhecimento de que estava bem).
Formato	Campo Calendário.



INFORMAÇÃO DO AUDITOR

Nome do Auditor

Nome Comum	Nome do utilizador (username).
Definição	O nome pelo qual o utilizador é conhecido e pode ser identificado.
Fonte de referência principal	<i>National Stroke Data Dictionary 2015</i>
Formato	Primeiro e último nome. É automaticamente preenchido se utilizar o portal RES-Q.
Códigos e valores	Texto livre.

E-mail do Auditor

Nome Comum	Endereço de e-mail do utilizador.
Definição	O endereço de e-mail utilizado pelo auditor.
Fonte de referência principal	<i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Rehabilitation Acute Services (2016).</i>
Formato	xxxx@xxxx.com (e.g. sample.patient@gmail.com) É automaticamente preenchido se utilizar o portal RES-Q
Códigos e valores	Texto livre.

INFORMAÇÃO DO DOENTE

Idade à data do AVC

Nome Comum	Idade à data do AVC.
Definição	O número de anos de vida da pessoa.
Fonte de referência principal	Padrão Representativo: <i>National Health Data Dictionary</i> Identificador METeOR: 287007 Registo: <i>Health, Standard 04/05/2005</i> http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/287007
Formato	Numérico.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Formulário de admissão e/ou Serviço de Gestão de Doentes.
Observações auxiliares	Se a data de nascimento for desconhecida, faça uma estimativa dos anos do doente em anos e subtraia ao corrente ano (01-jan-AAAA).

Género do Doente

Nome Comum	Sexo
Definição	A distinção biológica entre masculino e feminino.
Fonte de referência principal	Padrão Representativo: <i>National Health Data Dictionary</i> Identificador METeOR: 287316 [Sexo] Registo: <i>Health, Standard 04/05/2005</i> http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/287316
Formato	Listagem. (selecione um)
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Formulário de admissão e/ou Serviço de Gestão de Doentes.
Códigos e valores	Masculino Feminino Outro
Outras Informações	Necessário para estratificar com base no género.



DETALHES DA ADMISSÃO

Data de Início do sintoma

Nome Comum	Data de início do AVC.
Definição	Data de início do sintoma do AVC corrente. É a data em que o doente foi visto bem pela última vez (sem sintomas) ou em que se tomou conhecimento de que estava bem (ou seja, se o doente acordou com sintomas de AVC, a data de início do AVC é designada como a data em que o doente foi visto bem pela última vez ou em que se tomou conhecimento de que estava bem).
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i> <i>INSPIRE clinical data guidance versão 9, pg. 6.</i> <i>SITS Registry data form for IVTP—standard 2014, secção 2.1.</i> <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013.</i> <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3. Secção 4.8.</i> Padrão Representativo: National Health Data Dictionary Identificador METeOR: 338263 Registo: Health, Standard 01/10/2008 http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/338263
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas ou relatório da ambulância.
Observações auxiliares	Se existirem datas incompatíveis, utilize a hierarquia seguinte: 1. Equipa do AVC 2. Médico na admissão 3. Médico do Serviço de Urgência 4. Notas de enfermagem do Serviço de Urgência 5. Pessoal da Emergência Médica/Relatórios da ambulância

Hora de Início do sintoma

Nome Comum	Hora de início do AVC.
Definição	Hora do AVC corrente. É a hora em que o doente foi visto bem pela última vez. (ou seja, se o doente acordou com sintomas de AVC, a hora de início do AVC é designada como a hora em que o doente foi visto bem pela última vez ou em que se tomou conhecimento de que estava bem).
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i> <i>Thrombolysis Implementation in Stroke (TIPS) Study.</i> <i>INSPIRE clinical data guidance versão 9, pg. 6.</i> <i>SITS Registry data form for IVTP—standard 2014 Secção 2.1.</i> <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3.</i> <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção C3.</i> <i>Ontario Stroke Registry Acute Data Dictionary 2013.</i>
Formato	Texto livre.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas ou relatório da ambulância.
Observações auxiliares	A hora de Início do AVC é registada até o minuto mais próximo, no entanto, é aceitável uma margem de até 15 minutos da hora exata de início do AVC Se existirem horas de início incompatíveis, utilize a hierarquia seguinte: 1. Equipa do AVC 2. Médico na admissão 3. Médico do Serviço de Urgência 4. Notas de enfermagem do Serviço de Urgência 5. Pessoal da Emergência Médica/Relatórios da ambulância Se a hora de início do AVC for incerta, a hora em que o doente foi visto bem pela última vez deve ser utilizada. Nesta circunstância, introduza a hora em que o doente foi visto bem pela última vez



	<p>Se a hora aproximada em que o doente foi visto bem pela última vez for incerta, selecione uma hora aproximada da lista abaixo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #004a7c; color: white;">Descrição da hora</th> <th style="background-color: #004a7c; color: white;">Hora do registo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Meio da noite</td><td>03:00</td></tr> <tr><td>Pequeno-almoço</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Início da manhã</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Manhã</td><td>09:00</td></tr> <tr><td>Final da manhã</td><td>10:00</td></tr> <tr><td>Almoço</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Meio do dia ou 12h00</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Início da tarde</td><td>14:00</td></tr> <tr><td>À tarde ou meio da tarde</td><td>15:00</td></tr> <tr><td>Final da tarde</td><td>16:00</td></tr> <tr><td>Jantar</td><td>18:00</td></tr> <tr><td>Início da noite</td><td>19:00</td></tr> <tr><td>Meio da noite</td><td>21:00</td></tr> <tr><td>Final da noite</td><td>22:00</td></tr> </tbody> </table>	Descrição da hora	Hora do registo:	Meio da noite	03:00	Pequeno-almoço	08:00	Início da manhã	08:00	Manhã	09:00	Final da manhã	10:00	Almoço	12:00	Meio do dia ou 12h00	12:00	Início da tarde	14:00	À tarde ou meio da tarde	15:00	Final da tarde	16:00	Jantar	18:00	Início da noite	19:00	Meio da noite	21:00	Final da noite	22:00
Descrição da hora	Hora do registo:																														
Meio da noite	03:00																														
Pequeno-almoço	08:00																														
Início da manhã	08:00																														
Manhã	09:00																														
Final da manhã	10:00																														
Almoço	12:00																														
Meio do dia ou 12h00	12:00																														
Início da tarde	14:00																														
À tarde ou meio da tarde	15:00																														
Final da tarde	16:00																														
Jantar	18:00																														
Início da noite	19:00																														
Meio da noite	21:00																														
Final da noite	22:00																														

Data de admissão no hospital

Nome Comum	Data da admissão hospitalar.
Definição	Data em que um doente é admitido.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição: <i>AuSCR Data Dictionaries</i> (Versão 3 março 2015). <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services</i> (2017). <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary</i>, novembro 2014, Versão 1.3, Secção 4.13. <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção C5.</i></p> <p>Padrão Representativo <i>National Health Data Dictionary</i> Baseado no identificador METeOR: 269967 Estado de Registo: <i>Health, Standard 01/03/2005</i> http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/269967</p>
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Formulário de admissão e/ou Serviço de Gestão de Doentes.
Observações auxiliares	<p>Quando a data de admissão é conhecida registre a data de admissão.</p> <p>Se o dia da admissão é desconhecido, utilize 01 para o dia (01-MMM-AAAA).</p> <p>Se o dia e mês da admissão são desconhecidos, utilize 01 para o dia e jan para o mês (01-jan-AAAA).</p>

Hora de admissão no hospital

Nome Comum	Hora da admissão hospitalar.
Definição	Hora em que um doente admitido inicia um episódio de tratamento.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services</i> (2017). <i>AuSCR Data Dictionaries</i> (Versão 3 março 2015). <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary</i>, novembro 2014, Versão 1.3, Secção 4.44. <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção C5.</i></p> <p>Padrão Representativo: <i>National Health Data Dictionary</i> Baseado no identificador METeOR: 269972 Registration: <i>Health, Standard 01/03/2005</i> http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/269972</p>
Formato	Texto livre.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Formulário de admissão e/ou Serviço de Gestão de Doentes.
Códigos e valores	hh:mm



Observações auxiliares	Se a hora da admissão hospitalar é incerta, selecione uma hora aproximada da lista abaixo e identifique como uma estimativa:																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição da hora</th> <th>Hora do registo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meio da noite</td> <td>03:00</td> </tr> <tr> <td>Pequeno-almoço</td> <td>08:00</td> </tr> <tr> <td>Início da manhã</td> <td>08:00</td> </tr> <tr> <td>Manhã</td> <td>09:00</td> </tr> <tr> <td>Final da manhã</td> <td>10:00</td> </tr> <tr> <td>Almoço</td> <td>12:00</td> </tr> <tr> <td>Meio do dia ou 12h00</td> <td>12:00</td> </tr> <tr> <td>Início da tarde</td> <td>14:00</td> </tr> <tr> <td>À tarde ou meio da tarde</td> <td>15:00</td> </tr> <tr> <td>Final da tarde</td> <td>16:00</td> </tr> <tr> <td>Jantar</td> <td>18:00</td> </tr> <tr> <td>Início da noite</td> <td>19:00</td> </tr> <tr> <td>Meio da noite</td> <td>21:00</td> </tr> <tr> <td>Final da noite</td> <td>22:00</td> </tr> </tbody> </table>	Descrição da hora	Hora do registo:	Meio da noite	03:00	Pequeno-almoço	08:00	Início da manhã	08:00	Manhã	09:00	Final da manhã	10:00	Almoço	12:00	Meio do dia ou 12h00	12:00	Início da tarde	14:00	À tarde ou meio da tarde	15:00	Final da tarde	16:00	Jantar	18:00	Início da noite	19:00	Meio da noite	21:00	Final da noite	22:00
	Descrição da hora	Hora do registo:																													
	Meio da noite	03:00																													
	Pequeno-almoço	08:00																													
	Início da manhã	08:00																													
	Manhã	09:00																													
	Final da manhã	10:00																													
	Almoço	12:00																													
	Meio do dia ou 12h00	12:00																													
	Início da tarde	14:00																													
	À tarde ou meio da tarde	15:00																													
	Final da tarde	16:00																													
	Jantar	18:00																													
Início da noite	19:00																														
Meio da noite	21:00																														
Final da noite	22:00																														
A hora é registada até o minuto mais próximo. No entanto, uma margem de até 15 minutos da hora exata da admissão hospitalar é aceitável de ser registada como assertiva.																															

O doente foi capaz de caminhar de forma independente aquando da admissão (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)?

Nome Comum	Capacidade de caminhar de forma independente aquando da admissão.
Definição	Capacidade de caminhar sem uso de meios de auxílio ou outra forma de assistência, no momento de chegada ao hospital. Esta variável é utilizada para medição da gravidade do AVC e constitui uma forma de medição da incapacidade a nível mundial e usualmente avaliada no momento da admissão hospitalar. No entanto, para doentes que sofrem um AVC durante um episódio de admissão para tratamento de uma condição diferente (ou seja, AVC no hospital), este é para ser avaliado durante as primeiras 24 horas após o início dos seus sintomas de AVC.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>AuSCR Data Dictionaries</i> (Versão 3 março 2015). <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary</i> , novembro 2014, Versão 1.3. <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013.</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Rehabilitation Services (2016).</i> <i>Validated prognostic variable originally from Counsell C, Dennis M, McDowall M, et al. Predicting outcome after acute and subacute stroke: development and validation of new prognostic models. Stroke 2002; 33(4):1041-7.</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processos clínicos do doente – Dados da admissão, notas do SU, história clínica, notas de enfermagem e observações médicas.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Selecione sim se o doente é capaz de caminhar de forma independente ou com supervisão independentemente do uso de meio de auxílio, mas sem necessitar de assistência de outra pessoa, no momento de chegada ao hospital.

O doente tinha algum histórico conhecido de fatores de risco antes da admissão? (selecione todos os que se aplicam)

Nome Comum	História de AVC anterior.
------------	---------------------------



Definição	Uma história de AVC antes do corrente episódio, excluindo acidente isquémico transitório (AIT). A Diabetes mellitus (DM) é um conjunto de doenças metabólicas em que os níveis de açúcar no sangue encontram-se elevados durante um período longo, seja porque o organismo não produz insulina suficiente ou porque as células não respondem à insulina que é produzida.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i> <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3.</i> <i>INSPIRE clinical data guidance versão 9, pg. 7.</i> <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção E.</i> <i>SITS Registry data form for IVTP—standard 2014, Secção 2.5.</i> Padrão Representativo <i>National Health Data Dictionary</i> Identificador METeOR: 285293 Estado de Registo 01/10/2008 http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/285293
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Notas da admissão, observações médicas e correspondência da Medicina Geral.
Códigos e valores	AVC anterior Diabetes Nenhum
Observações auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> • Selecione AVC anterior se existe histórico de AVC, AVC provável ou situação clínica consistente com AVC ANTES desta admissão. Pode ser descrito verbalmente pelo doente, documentado em observações médicas anteriores ou confirmado por imagiologia cerebral (Tomografia Computorizada ou Imagiologia por Ressonância Magnética). Esta variável não inclui evidência de AIT anteriores. • Diabetes mellitus refere-se normalmente ao tipo 1 e 2 e pode ser abreviada em DM. Selecione se existe histórico de diabetes ANTES desta admissão. • Selecione desconhecido se não existe documentação de AVC anterior ou diabetes.

NIHSS à entrada

Nome Comum	Escala de AVC do National Institute of Health dos EUA (NIHSS).
Definição	O NIHSS do doente na admissão hospitalar. A escala do NIHSS consiste em 15 itens de exames neurológicos utilizados para avaliar a acuidade dos doentes com AVC, determinar um tratamento adequado e prever a evolução/resultado clínico do doente (outcome).
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>National Institute of Health, National Institute of Neurological Disorders and Stroke. NIH Stroke Scale.</i> <i>INSPIRE clinical data guidance versão 9.</i> <i>SITS Registry data form for IVTP-standard 2014, Secção 2.8.</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Dados da admissão, exame clínico, nota da alta, notas de enfermagem e observações médicas.
Códigos e valores	Efetuada 0 a 42 Não efetuada
Observações auxiliares	Se estiver documentado um NIHSS à entrada selecione efetuada e depois introduza a pontuação 0 - 42. Se não existe registo de um NIHSS à entrada selecione não efetuada.

O doente foi tratado numa Unidade de AVC em algum momento durante a sua hospitalização?

Nome Comum	Doente admitido numa unidade de AVC.
-------------------	--------------------------------------



Definição	Doente admitido numa unidade de AVC em alguma fase durante o seu episódio de tratamento agudo. A National Acute Stroke Services Framework 2015 define os seguintes critérios mínimos para uma unidade de AVC: <ul style="list-style-type: none"> • Camas instaladas numa unidade geograficamente definida. • Equipa dedicada e interprofissional composta por profissionais com interesse especial em AVC e/ou reabilitação. A equipa é constituída, no mínimo, por clínicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde auxiliares (incluindo terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, patologista/terapeuta da fala, trabalhador social e dietista). • Equipa interprofissional reúne-se, no mínimo, uma vez por semana para discutir o tratamento do doente. • Programas de educação e formação regulares dos profissionais relacionados com o AVC (por exemplo, programas dedicados ao AVC no serviço e/ou acesso a conferências anuais sobre o AVC, regionais ou nacionais).
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Stroke Foundation: National Acute Stroke Services Framework 2015.</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>Queensl and Hospital Admitted Patient Data Collection (QHAPDC) Manual 2015-2016.</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Formulário de admissão, lista de admissão na enfermaria.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Camas instaladas numa unidade geograficamente definida pode incluir as seguintes situações: camas em um quarto/compartimento ou em quartos lado a lado, mas como mínimo, pode incluir camas na mesma ENFERMARIA (ou seja, não apenas no mesmo quarto), desde que a equipa interprofissional que gere/trata os doentes com AVC seja a mesma.

Data de admissão na Unidade de AVC

Nome Comum	Data de admissão na unidade de AVC.
Definição	A data em que o doente foi admitido na unidade de AVC.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção G.</i>
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte A data de admissão na unidade de AVC (aguda ou combinada/compreensiva) tem de ser extraída das notas de progresso. Verifique a hora e data da admissão, especificamente, nas notas de enfermagem.

Hora de admissão na Unidade de AVC

Nome Comum	Hora de admissão na unidade de AVC.
Definição	A hora em que o doente foi admitido na unidade de AVC.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção G.</i>
Formato	Texto livre.
Orientações de Registo	A data de admissão na unidade de AVC (aguda ou combinada/compreensiva) tem de ser extraída das notas de progresso. Verifique a hora e data da admissão, especificamente, nas notas de enfermagem.
Códigos e valores	hh:mm



CONDIÇÃO PRÉ-AVC

Estado funcional anterior ao AVC (Escala de Rankin modificada [mRS]):

Nome Comum	Estado funcional anterior ao AVC.
Definição	Escala de Rankin modificada pré-mórbida do doente.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição</p> <p><i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i></p> <p><i>SITS Registry data form for IVTP-standard 2014, Secção 2.2.</i></p> <p>INSPIRE clinical data guidance versão 9.</p> <p><i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção C1 (ver também ACI Stroke Procedures for auditing medical records for stroke.</i></p>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	<p>É necessário ter em consideração toda a história clínica presente no processo clínico do doente ou através do contacto direto com o doente para averiguar o seu estado antes do AVC.</p> <p>Se o mRS não estiver documentado, este pode ser calculado utilizando o algoritmo das questões apresentadas na secção «Observações auxiliares».</p>
Códigos e valores	<p>Registado</p> <p>Numérico 0-5</p> <p>Não registado</p>
Observações auxiliares	<p>Se o mRS é conhecido, selecione registado e introduza 0-5 com base na escala abaixo indicada:</p> <p>0: Assintomático</p> <p>1: Nenhuma incapacidade significativa apesar dos sintomas; capaz de realizar todos os deveres e atividades habituais</p> <p>2: Incapacidade ligeira, incapaz de realizar todas as atividades que realizava anteriormente, mas capaz de cuidar dos seus próprios interesses sem assistência</p> <p>3: Incapacidade moderada; requer alguma ajuda, mas capaz de caminhar sem assistência</p> <p>4: Incapacidade moderada a grave; incapaz de caminhar sem assistência e de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência</p> <p>5: Incapacidade grave; acamado, incontinente, requer cuidados de enfermagem e atenção constantes</p> <p>Se o mRS não está documentado, selecione não registado e a pontuação mRS irá derivar da resposta às seguintes questões:</p> <p>a) O doente é capaz de caminhar sozinho?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se não, questão b) • Se sim, questão c) <p>b) Caso o doente não seja capaz de caminhar sozinho, é capaz de caminhar com a ajuda de outra pessoa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 4 • Se não, pontuação 5 <p>c) Caso o doente seja capaz de caminhar sozinho (incluindo meios de auxílio ao caminhar), precisa de ajuda nas atividades pessoais simples (ir à casa de banho, tomar banho, vestir, cozinhar, realizar tarefas domésticas e finanças simples)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 3 • Se não, questão d) <p>d) Caso o doente consiga executar as suas atividades pessoais simples, precisa de ajuda em atividades habituais mais complexas (conduzir, gerir finanças, contas da casa e tarefas do trabalho)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 2 • Se não, questão e) <p>e) Se não tem nenhuma incapacidade, apresenta alguns sintomas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 1 • e não, pontuação 0 <p>Se duas opções forem aparentemente válidas e as questões seguintes consideradas improváveis de esclarecer a situação em questão, a categoria mais grave deve ser selecionada.</p>
Outras informações	<p>A Escala de Rankin modificada (mRS) é uma escala frequentemente utilizada na medição do grau de incapacidade ou de dependência nas atividades diárias de pessoas que sofreram um AVC e tornou-se a forma de medição mais amplamente utilizada na avaliação do resultado clínico em ensaios clínicos na área do AVC.</p> <p>Independência=0-2, dependência ≥ 3, morte=6.</p> <p>A variável pode ser utilizada em modelos estatísticos para fazer correções de diferenças em mistura de casos do doente, de modo a possibilitar comparações válidas da qualidade de tratamento e/ou resultados clínicos entre subgrupos de doentes.</p> <p>Esta variável não é utilizada como medida do resultado funcional.</p> <p>Outras Informações podem ser consultadas em</p> <p>http://rankin-english.trainingcampus.net/uas/modules/trees/windex.aspx Ref: Lees, K. Modified Rankin Scale: A training and certification resource. University of Glasgow.</p> <p>A variável é utilizada como uma medida da gravidade do AVC antes do hospital.</p>



TRATAMENTO

Tipo de AVC

Nome Comum	Tipo de AVC.
Definição	O diagnóstico clínico do tipo de AVC.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição</p> <p><i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i></p> <p><i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Rehabilitation Services (2016).</i></p> <p><i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2016).</i></p> <p><i>SITS Registry data form for IVTP-standard 2014, Secção 2.2.</i></p> <p><i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3, Secção 6.6.</i></p>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente, relatório de Radiologia, TC ou RMN, dados da admissão, dados da alta, observações médicas e notas de enfermagem.
Códigos e valores	AVC isquémico AVC hemorrágico Indeterminado
Observações auxiliares	<p>Não constitui o código ICD-10-AM, mas o diagnóstico clínico.</p> <p>Deve ser selecionado o tipo de AVC isquémico se a imagiologia cerebral é consistente com enfarte cortical, subcortical, do tronco cerebral ou cerebelar.</p> <p>Deve ser selecionado o tipo de AVC hemorrágico se a imagiologia cerebral é consistente com intraventricular, hemorrágico (ICH) ou outra hemorragia intracerebral não traumática.</p> <p>Deve ser selecionado o tipo de AVC indeterminado se o relatório da imagiologia cerebral é inconclusivo ou se nenhuma imagiologia cerebral tiver sido efetuada e o tipo de AVC não pode ser confirmado através de outros meios de avaliação de diagnóstico.</p>

O doente recebeu trombólise intravenosa?

Nome Comum	Provisão de trombólise endovenosa.
Definição	Administração de trombólise endovenosa para aqueles doentes admitidos com um AVC isquémico. A administração de trombólise inclui o fornecimento de trombólise no seu hospital ou noutro hospital antes da chegada ao seu hospital.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição:</p> <p><i>Clinical audit method- Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i></p> <p><i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i></p> <p><i>SITS Registry data form for IVTP- standard 2014, Secção 3.1.</i></p> <p><i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3, Secção 7.1.</i></p> <p><i>INSPIRE clinical data guidance Versão 9, pg. 9.</i></p> <p>Padrão Representativo</p> <p>National Health Dictionary</p> <p>Identificador METeOR: 285087</p> <p>Estado de Registo: 04/06/2004</p> <p>http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/285087</p>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	<p>Deve estar documentada evidência de que a trombólise intravenosa ou intra-arterial (ativador do plasminogénio tecidual [t-PA], por exemplo, alteplase) foi prescrita e registada como administrada, no diagrama da medicação do doente.</p> <p>Se não existir documentação de terapia trombolítica nas observações médicas ou nas notas de enfermagem, verifique o registo de encomenda de medicação do SU, o sistema informático de encomenda de medicação (se disponível no hospital), documentação do percurso do AVC agudo ou os dados da admissão.</p>
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido



TRATAMENTO DA FEBRE

A temperatura foi registada no mínimo quatro vezes no dia da admissão ao internamento?

Nome Comum	Medição da variação de temperatura no dia da admissão ao internamento.
Definição	Evidência de que foi medida a temperatura do doente no mínimo quatro vezes durante o primeiro dia da admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015).</i>
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Observações auxiliares	O dia da admissão indica as primeiras 24 horas após admissão ao internamento. As medições devem ser registadas com intervalos de 4 ou 6 horas, de modo a existirem no mínimo 4 registos separados durante as primeiras 24 horas.

A temperatura foi registada no mínimo quatro vezes no dia dois após admissão ao internamento?

Nome Comum	Medição da variação de temperatura no dia dois após admissão ao internamento.
Definição	Evidência de que foi medida a temperatura do doente no mínimo quatro vezes durante o segundo dia da admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015).</i>
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Observações auxiliares	O dia dois da admissão indica o segundo período de 24 horas após admissão ao internamento. As medições devem ser registadas com intervalos de 4 ou 6 horas, de modo a existirem no mínimo 4 registos separados durante as segundas 24 horas.

A temperatura foi registada no mínimo quatro vezes no dia três após admissão ao internamento?

Nome Comum	Medição da variação de temperatura no dia três após admissão ao internamento.
Definição	Evidência de que foi medida a temperatura do doente no mínimo quatro vezes durante o terceiro dia da admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015).</i>
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Observações auxiliares	O dia três da admissão indica o terceiro período de 24 horas após admissão ao internamento. As medições devem ser registadas com intervalos de 4 ou 6 horas, de modo a existirem no mínimo 4 registos separados durante as terceiras 24 horas. *Selecione nenhuma das opções se a temperatura não foi registada no mínimo quatro vezes por dia no dia da admissão, no dia dois ou no dia três da admissão.

O doente desenvolveu febre $\geq 37,5$ °C nas 72 horas (dia três) após admissão ao internamento?

Nome Comum	
Definição	Temperatura elevada ($\geq 37,5$ °C) registada durante as 72 horas da admissão.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Outras informações	A temperatura elevada afeta negativamente os resultados clínicos do doente. Se não ou desconhecido, ir para a secção seguinte: «Tratamento da glicémia»



Foi administrado paracetamol (ou um outro antipirético) após primeiro aumento de temperatura (> 37,5 °C)?

Nome Comum	
Definição	Evidência de que foi administrado paracetamol para uma temperatura elevada.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method- Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Diagrama da medicação, notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Outras informações	Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte. Diminuir a temperatura (se elevada) melhora os resultados clínicos do doente.

Foi administrado paracetamol (ou um outro antipirético) dentro de 1 hora após primeiro aumento de temperatura (> 37,5 °C)?

Nome Comum	
Definição	Evidência de que foi administrado paracetamol dentro de 1 hora da temperatura elevada.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017)</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Diagrama da medicação, notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Outras informações	Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte. Diminuir a temperatura (se elevada) melhora os resultados clínicos do doente.

TRATAMENTO DA GLICÉMIA

Foi recolhida uma amostra do nível de glucose no sangue venoso e enviada para laboratório?

Nome Comum	
Definição	Evidência de que foi recolhida uma amostra de sangue para o nível de glucose no sangue venoso formal e enviada para laboratório, enquanto o doente estava no SU.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente -Notas/processo do SU, dados da admissão.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Outras informações	Níveis de glucose irregulares afetam negativamente os resultados clínicos do doente.



O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado no mínimo quatro vezes no dia da admissão ao internamento?

Nome Comum	Medição da variação de glucose no sangue no dia da admissão ao internamento.
Definição	Evidência de que foram efetuados quatro testes do nível de glucose no sangue por picada no dedo no primeiro dia da admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015).</i>
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico do doente – Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Observações auxiliares	O dia da admissão indica as primeiras 24 horas após admissão ao internamento. As medições devem ser registadas com intervalos de 4 ou 6 horas, de modo a existirem no mínimo 4 registos separados do nível de glucose no sangue durante as primeiras 24 horas.

O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado no mínimo quatro vezes no dia dois após admissão ao internamento?

Nome Comum	Medição da variação de glucose no sangue no dia dois.
Definição	Evidência de que foram efetuados quatro testes do nível de glucose no sangue por picada no dedo no segundo dia da admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015)</i>
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico do doente – Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Observações auxiliares	O dia dois da admissão indica o segundo período de 24 horas após admissão ao internamento. As medições devem ser registadas com intervalos de 4 ou 6 horas, de modo a existirem no mínimo 4 registos separados do nível de glucose no sangue durante as segundas 24 horas.

O nível de glucose no sangue por picada no dedo foi registado no mínimo quatro vezes no dia três após admissão ao internamento?

Nome Comum	Medição da variação de glucose no sangue no dia três.
Definição	Evidência de que foram efetuados quatro testes do nível de glucose no sangue por picada no dedo no terceiro dia da admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2015)</i>
Formato	Caixa de Seleção.
Orientações de Registo	Processo clínico do doente – Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Observações auxiliares	O dia três da admissão indica o terceiro período de 24 horas após admissão ao internamento. As medições devem ser registadas com intervalos de 4 ou 6 horas, de modo a existirem no mínimo 4 registos separados do nível de glucose no sangue durante as terceiras 24 horas. É uma boa prática fazer a avaliação do nível de glucose no sangue 2 horas PC (após as refeições) e nocte (à noite). *Selecione nenhuma das opções se o nível de glucose no sangue por picada no dedo não foi registado no mínimo quatro vezes por dia no dia da admissão, no dia dois ou no dia três da admissão.

O doente apresentou nível de glucose no sangue por picada no dedo igual ou superior a 10 mmol/l nas primeiras 48 horas após admissão ao internamento?

Nome Comum	
Definição	Nível de glucose no sangue igual ou superior a 10 mmol/l nas primeiras 48 horas após admissão ao internamento.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente – Notas de enfermagem, observações médicas, diagrama de observação.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Se não ou desconhecido, ir para a secção seguinte: «Tratamento da deglutição».



Foi administrada insulina no primeiro aumento do nível da glucose por picada no dedo (≥ 10 mmol/l)?

Nome Comum	
Definição	Evidência de que foi administrada insulina para um valor elevado de glucose por picada no dedo (se o doente desenvolveu um nível de glucose por picada no dedo igual ou superior a 10 mmol/l).
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017)</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Diagrama da medicação, notas de enfermagem, observações médicas.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte. Idealmente, a insulina deve ser administrada por infusão, mas outros métodos são igualmente aceitáveis para responder sim.

Foi administrada insulina dentro de 1 hora no primeiro aumento do nível de glucose por picada no dedo (≥ 10 mmol/l)?

Nome Comum	
Definição	Evidência de que foi administrada insulina dentro de 1 hora para um valor elevado de glucose por picada no dedo (se o doente desenvolveu um nível de glucose por picada no dedo igual ou superior a 10 mmol/l).
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017)</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Diagrama da medicação, notas de enfermagem, observações médicas.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte. Idealmente, a insulina deve ser administrada por infusão, mas outros métodos são igualmente aceitáveis para responder sim.

TRATAMENTO DA DEGLUTIÇÃO

Foi efetuado um teste formal da deglutição (ou seja, não o teste do reflexo de engasgo)?

Nome Comum	Teste formal de deglutição.
Definição	O teste de deglutição foi efetuado por um profissional de saúde adequadamente formado, como uma enfermeira ou médico, utilizando uma ferramenta no teste formal de deglutição.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method- Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017)</i> <i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015 - Qld).</i> <i>Procedures for auditing medical records for stroke admissions using New South Wales Stroke Care Audit Tool -National Stroke Research Institute (Now the Stroke Division of The Florey) -Versão 1.3 2013. (ver também ACI Stroke Procedures for auditing medical records for stroke admissions using New South Wales Stroke Care Audit Tool-National Stroke Research Institute -Versão 1.3 2013 pg. 7).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Códigos e valores	Efetuada Não efetuada Não aplicável



Observações auxiliares	<p>A ferramenta do teste formal de deglutição só é efetuada por profissionais de saúde não pertencentes à terapia da fala.</p> <p>Selecione efetuado se existe evidência documentada de que o doente fez um teste de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado.</p> <p>Doentes com um nível de consciência perturbado são considerados ter uma deglutição perturbada e são incapazes de participar num teste de deglutição. Selecione efetuado apenas se estiverem documentados como «Nilorally». Um teste/avaliação da deglutição deve ser efetuado quando o doente é capaz de participar antes de receber qualquer alimento, bebida ou medicação oral.</p> <p>Selecione não efetuado se não existe documentação que o doente recebeu um teste de deglutição deitado. Texto livre que refira «engasgo intacto», «engasgo testado» ou «teste de ingestão oral efetuado» (sem os outros componentes), não constitui um teste formal de deglutição.</p> <p>Selecione não aplicável se o hospital não utiliza uma ferramenta de teste formal da deglutição.</p>
Outras informações	<p><i>Middleton et al. (2011), 'Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial', The Lancet, vol 379, Issue 9824: pp. 1389.</i></p>

O teste de deglutição foi realizado dentro das 24 horas após admissão no hospital?

Nome Comum	Teste formal de deglutição.
Definição	O teste de deglutição foi efetuado por um profissional de saúde adequadamente formado, como uma enfermeira ou médico, utilizando uma ferramenta no teste formal de deglutição.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição:</p> <p><i>Clinical audit method- Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i></p> <p><i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i></p> <p><i>Procedures for auditing medical records for stroke admissions using New South Wales Stroke Care Audit Tool -National Stroke Research Institute (Now the Stroke Division of The Florey) - Versão 1.3 2013. (ver também ACI Stroke Procedures for auditing medical records for stroke admissions using New South Wales Stroke Care Audit Tool -National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013 pg.7).</i></p>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente - Diagrama da medicação, notas de enfermagem, observações médicas.
Códigos e valores	<p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Desconhecido</p>
Observações auxiliares	<p>Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte.</p> <p>Selecione sim se existe evidência documentada de que o doente fez um teste de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado dentro das 24 horas após admissão no hospital.</p> <p>Selecione não ou desconhecido se não existe evidência documentada de que o doente fez um teste de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado dentro das 24 horas após admissão no hospital.</p>

Data do teste de deglutição

Nome Comum	Data do teste de deglutição.
Definição	Data em que o teste de deglutição foi efetuado.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição:</p> <p><i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i></p> <p><i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i></p>
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Observações auxiliares	<p>Quando a data do teste formal de deglutição é conhecida, registe a data do teste de deglutição.</p> <p>Se o dia do teste formal de deglutição é desconhecido, utilize 01 para o dia (01-MMM-AAAA).</p> <p>Se o dia e mês do teste formal de deglutição são desconhecidos, utilize 01 para o dia e jan para o mês (01-jan-AAAA).</p> <p>A ferramenta do teste formal de deglutição só é efetuada por profissionais de saúde não pertencentes à terapia da fala.</p> <p>Registe a data do teste de deglutição, independentemente do doente ter tido uma avaliação da terapeuta da fala.</p>



Hora do teste de deglutição

Nome Comum	Hora do teste de deglutição.																														
Definição	Hora em que o teste de deglutição foi efetuado.																														
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i>																														
Formato	Texto livre.																														
Orientações de Registo	Este não inclui o teste ou avaliação do reflexo de engasgo.																														
Códigos e valores	hh:mm																														
Observações auxiliares	<p>A hora é registada até o minuto mais próximo. No entanto, uma margem de até 15 minutos da hora exata é aceitável.</p> <p>Se a hora do teste formal de deglutição é incerta, selecione uma hora aproximada da lista abaixo indicada:</p> <table border="1" data-bbox="488 696 970 1160"> <thead> <tr> <th>Descrição da hora</th> <th>Hora do registo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Meio da noite</td><td>03:00</td></tr> <tr><td>Pequeno-almoço</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Início da manhã</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Manhã</td><td>09:00</td></tr> <tr><td>Final da manhã</td><td>10:00</td></tr> <tr><td>Almoço</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Meio do dia ou 12h00</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Início da tarde</td><td>14:00</td></tr> <tr><td>À tarde ou meio da tarde</td><td>15:00</td></tr> <tr><td>Final da tarde</td><td>16:00</td></tr> <tr><td>Jantar</td><td>18:00</td></tr> <tr><td>Início da noite</td><td>19:00</td></tr> <tr><td>Meio da noite</td><td>21:00</td></tr> <tr><td>Final da noite</td><td>22:00</td></tr> </tbody> </table> <p>A ferramenta do teste formal de deglutição só é efetuada por profissionais de saúde não pertencentes à terapia da fala.</p> <p>Registe a hora do teste de deglutição, independentemente do doente ter tido uma avaliação da terapeuta da fala.</p>	Descrição da hora	Hora do registo:	Meio da noite	03:00	Pequeno-almoço	08:00	Início da manhã	08:00	Manhã	09:00	Final da manhã	10:00	Almoço	12:00	Meio do dia ou 12h00	12:00	Início da tarde	14:00	À tarde ou meio da tarde	15:00	Final da tarde	16:00	Jantar	18:00	Início da noite	19:00	Meio da noite	21:00	Final da noite	22:00
Descrição da hora	Hora do registo:																														
Meio da noite	03:00																														
Pequeno-almoço	08:00																														
Início da manhã	08:00																														
Manhã	09:00																														
Final da manhã	10:00																														
Almoço	12:00																														
Meio do dia ou 12h00	12:00																														
Início da tarde	14:00																														
À tarde ou meio da tarde	15:00																														
Final da tarde	16:00																														
Jantar	18:00																														
Início da noite	19:00																														
Meio da noite	21:00																														
Final da noite	22:00																														

O doente passou no teste?

Nome Comum	Resultado do teste de deglutição.
Definição	Resultado do teste formal de deglutição.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method- Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Este não inclui o teste ou avaliação do reflexo de engasgo. Processo clínico individual do doente - Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	<p>Se a resposta à pergunta «Foi efetuado um teste formal da deglutição» foi sim, responda à questão seguinte.</p> <p>Selecione sim se o doente passou na ferramenta do teste formal de deglutição que foi administrada.</p> <p>A determinação do resultado do teste de deglutição irá depender de qual a ferramenta utilizada no teste formal de deglutição.</p> <p>O resultado do teste ou avaliação de reflexo de engasgo não significa que o doente passou no teste de deglutição, pelo facto de estar comprovado ser de pequeno valor no prognóstico para a capacidade de avaliar a eficácia da deglutição.</p>



Foi registada uma Avaliação da Deglutição?

Nome Comum	Avaliação da deglutição formal.
Definição	Avaliação da deglutição formal realizada por um terapeuta da fala ou outro profissional durante a fase aguda da admissão hospitalar do doente.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>National Stroke Foundation: Clinical Guidelines for Stroke Management 2010.</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCRData Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido

A avaliação da deglutição foi registada por:

Nome Comum	Avaliação da deglutição formal.
Definição	Avaliação da deglutição formal realizada por um terapeuta da fala ou outro profissional durante a fase aguda da admissão hospitalar do doente.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>National Stroke Foundation: Clinical Guidelines for Stroke Management 2010.</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Códigos e valores	Se a resposta à pergunta anterior foi sim, responda à questão seguinte: Terapeuta da fala. Outro. Se outro for selecionado, utilize a caixa de texto livre para especificar a profissão da pessoa que efetuou a avaliação da deglutição (por exemplo, médico).

Data da avaliação da deglutição

Nome Comum	Data da avaliação da deglutição.
Definição	Data em que a avaliação da deglutição foi realizada.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017)</i> <i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i>
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Observações auxiliares	Quando a data da avaliação do teste formal de deglutição é conhecida, registe a data da avaliação da deglutição. Se o dia da avaliação da deglutição formal é desconhecida, utilize 01 para o dia (01-MMM-AAAA). Se o dia e mês da avaliação da deglutição formal são desconhecidos, utilize 01 para o dia e jan para o mês (01-jan-AAAA). A avaliação da deglutição formal só é efetuada por um terapeuta da fala. Registe a data da avaliação da deglutição, independentemente do doente ter efetuado um teste de deglutição.



Hora da avaliação da deglutição

Nome Comum	Hora da avaliação da deglutição.																														
Definição	Hora em que a avaliação da deglutição foi realizada.																														
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017)</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015)</i>																														
Formato	Texto livre.																														
Códigos e valores	hh:mm																														
Observações auxiliares	<p>A hora é registada até o minuto mais próximo. No entanto, uma margem de até 15 minutos da hora exata é aceitável.</p> <p>Se a hora da avaliação da deglutição formal é incerta, selecione uma hora aproximada da lista abaixo indicada:</p> <table border="1" data-bbox="486 672 970 1137"> <thead> <tr> <th>Descrição da hora</th> <th>Hora do registo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Meio da noite</td><td>03:00</td></tr> <tr><td>Pequeno-almoço</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Início da manhã</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Manhã</td><td>09:00</td></tr> <tr><td>Final da manhã</td><td>10:00</td></tr> <tr><td>Almoço</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Meio do dia ou 12h00</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Início da tarde</td><td>14:00</td></tr> <tr><td>À tarde ou meio da tarde</td><td>15:00</td></tr> <tr><td>Final da tarde</td><td>16:00</td></tr> <tr><td>Jantar</td><td>18:00</td></tr> <tr><td>Início da noite</td><td>19:00</td></tr> <tr><td>Meio da noite</td><td>21:00</td></tr> <tr><td>Final da noite</td><td>22:00</td></tr> </tbody> </table> <p>A avaliação da deglutição formal só é efetuada por um terapeuta da fala.</p> <p>Registe a hora da avaliação da deglutição, independentemente do doente ter efetuado um teste de deglutição.</p>	Descrição da hora	Hora do registo:	Meio da noite	03:00	Pequeno-almoço	08:00	Início da manhã	08:00	Manhã	09:00	Final da manhã	10:00	Almoço	12:00	Meio do dia ou 12h00	12:00	Início da tarde	14:00	À tarde ou meio da tarde	15:00	Final da tarde	16:00	Jantar	18:00	Início da noite	19:00	Meio da noite	21:00	Final da noite	22:00
Descrição da hora	Hora do registo:																														
Meio da noite	03:00																														
Pequeno-almoço	08:00																														
Início da manhã	08:00																														
Manhã	09:00																														
Final da manhã	10:00																														
Almoço	12:00																														
Meio do dia ou 12h00	12:00																														
Início da tarde	14:00																														
À tarde ou meio da tarde	15:00																														
Final da tarde	16:00																														
Jantar	18:00																														
Início da noite	19:00																														
Meio da noite	21:00																														
Final da noite	22:00																														

O teste de deglutição ou a avaliação da deglutição foram efetuados antes de ter sido administrada medicação oral?

Nome Comum	Teste de deglutição ou avaliação efetuados antes da administração de medicação oral.
Definição	Teste de deglutição efetuado por um profissional de saúde adequadamente formado ou avaliação da deglutição completada por um terapeuta da fala, antes do doente receber qualquer tipo de medicação oral.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method- Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i> <i>RIKS- Stroke, Acute Phase. Versão 8.0 (1 janeiro, 2007).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	<p>Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, diagrama da medicação, notas de enfermagem e observações médicas.</p> <p>Deve ser efetuada uma comparação entre os processos clínicos e o diagrama da medicação, de modo a assegurar que o teste de deglutição ou a avaliação foi realizada antes do doente receber medicação oral.</p>
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	<p>Selecione sim se o doente não recebeu qualquer tipo de medicação oral antes de ter realizado um teste formal de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado e/ou avaliação da deglutição completada por um terapeuta da fala.</p> <p>Selecione não se o doente recebeu qualquer tipo de medicação oral antes de ter realizado um teste formal de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado e/ou avaliação da deglutição completada por um terapeuta da fala.</p>
Outras informações	<i>Middleton et al. (2012), 'Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial', The Lancet, vol 379, Issue 9824: pp. 1389.</i>



O teste de deglutição ou a avaliação da deglutição foram efetuados antes do doente ter recebido alimentos ou fluidos por via oral?

Nome Comum	Teste de deglutição ou avaliação efetuados antes de receber alimentos ou fluidos por via oral.
Definição	Teste de deglutição efetuado por um profissional de saúde adequadamente formado ou avaliação da deglutição completada por um terapeuta da fala, antes do doente receber alimentos ou fluidos por via oral.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCRData Dictionary (Versão 3 março 2015- Qld).</i> <i>RIKS-Stroke, Acute Phase. Versão 8.0 (1 janeiro, 2007).</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, diagrama da medicação, notas de enfermagem e observações médicas. Deve ser efetuada uma comparação entre os processos clínicos e o diagrama do fornecimento de alimentos ou fluidos por via oral, de modo a assegurar que o teste de deglutição ou a avaliação foi realizada antes do doente receber alimentos ou fluidos por via oral.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Selecione sim se o doente não recebeu qualquer tipo de alimentos ou fluidos por via oral antes de ter realizado um teste formal de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado e/ou avaliação da deglutição completada por um terapeuta da fala. Selecione não se o doente recebeu qualquer tipo de alimentos ou fluidos por via oral antes de ter realizado um teste formal de deglutição por um profissional de saúde adequadamente formado e/ou avaliação da deglutição completada por um terapeuta da fala.
Outras informações	<i>Middleton et al. (2012), 'Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial', The Lancet, vol 379, Issue 9824: pp. 1389.</i>

DADOS DA ALTA HOSPITALAR

O doente é capaz de caminhar por si próprio aquando da alta (ou seja, sem assistência de outra pessoa, mas podendo fazer uso de meios de auxílio para caminhar)?

Nome Comum	Capacidade de caminhar por si próprio na alta.
Definição	Capacidade de caminhar sem meios auxiliares para caminhar ou outra forma de assistência, no momento da alta hospitalar. Esta variável é utilizada como medida da gravidade do AVC e é utilizada mundialmente na medição da incapacidade, que é normalmente avaliada no momento da alta hospitalar.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i> <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3.</i> <i>New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013.</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Rehabilitation Services (2016).</i> <i>Validated prognostic variable originally from Counsell C, Dennis M, McDowall M, et al. Predicting outcome after acute and subacute stroke: development and validation of new prognostic models. Stroke 2002; 33(4):1041-7.</i>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Notas de enfermagem e observações médicas, dados da Alta.
Códigos e valores	Sim Não Desconhecido
Observações auxiliares	Selecione sim se o doente é capaz de caminhar independentemente ou com supervisão, independentemente de uso de meios auxiliares, mas sem assistência de outra pessoa, no momento da alta hospitalar.



Qual o destino/modo do doente na alta?

Nome Comum	Destino da alta (selecione um).
Definição	Local para onde vai a pessoa (alta/transferência/morte) após a sua admissão inicial no tratamento agudo.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Rehabilitation Services (2016).</i> <i>AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).</i> <i>Data Elements for Paul Coverdell National Acute Stroke Registry (Janeiro 16, 2008).</i> <i>VST Victorian Stroke Telemedicine (VST) Program: Data Dictionary, novembro 2014, Versão 1.3, Secção 10.4.</i> <i>SITS Registry data form for IVTP—standard 2014 Secção 7.2.</i></p> <p>Padrão Representativo: <i>National Health Data Dictionary</i> Identificador METeOR: 270094 Estado de Registo: <i>Health, Standard 01/03/2005</i> http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/270094</p>
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	Processo clínico do doente – Observações médicas, notas de progresso de enfermagem e notas de assistentes sociais, dados da alta e plano de tratamento na alta.
Códigos e valores	Domicílio Centro de reabilitação Unidade de cuidados continuados/centro de enfermagem Outro hospital Morte Desconhecido
Observações auxiliares	Selecione domicílio para doentes que têm alta para o seu local de residência. Selecione centro de reabilitação para doentes transferidos para qualquer centro de reabilitação. Selecione unidade de cuidados continuados/centro de enfermagem para doentes que vão para qualquer tipo de centro de enfermagem ou unidade de cuidados continuados. Selecione outro hospital para doentes transferidos para outro hospital Selecione morte para doentes que morreram enquanto inpatient e introduza a pontuação mRs como registado para a questão seguinte com uma pontuação de «6».

Data da alta da Unidade de AVC

Nome Comum	Data da alta da Unidade de AVC.
Definição	Data em que o doente recebeu alta da Unidade de AVC.
Fonte de referência principal	<p>Atributos de Definição: <i>Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017).</i> <i>AuSCR Data Dictionary (Versão 3 março 2015-Qld).</i></p>
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente – Registos de saúde auxiliares, notas de enfermagem e observações médicas.
Observações auxiliares	Se a resposta à pergunta tratamento numa unidade de AVC foi sim, responda à questão seguinte: Quando a data da alta da unidade de AVC é conhecida registe a data da alta da Unidade de AVC Se o dia da alta da unidade de AVC é desconhecido, utilize 01 para o dia (01-MMM -AAAA) Se o dia e mês da alta da Unidade de AVC são desconhecidos, utilize 01 para o dia e jan para o mês (01-jan-AAAA)



Hora da alta da Unidade de AVC

Nome Comum	Hora da alta da Unidade de AVC.																														
Definição	Hora a que o doente recebeu alta da Unidade de AVC.																														
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017). AuSCR Data Dictionaries (Versão 3 março 2015).																														
Formato	Texto livre.																														
Códigos e valores	hh:mm																														
Observações auxiliares	<p>A hora é registada até o minuto mais próximo. No entanto, uma margem de até 15 minutos da hora exata é aceitável.</p> <p>Se a hora da alta do AVC é incerta, selecione uma hora aproximada da lista abaixo indicada:</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>Descrição da hora</th> <th>Hora do registo:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Meio da noite</td><td>03:00</td></tr> <tr><td>Pequeno-almoço</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Início da manhã</td><td>08:00</td></tr> <tr><td>Manhã</td><td>09:00</td></tr> <tr><td>Final da manhã</td><td>10:00</td></tr> <tr><td>Almoço</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Meio do dia ou 12h00</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>Início da tarde</td><td>14:00</td></tr> <tr><td>À tarde ou meio da tarde</td><td>15:00</td></tr> <tr><td>Final da tarde</td><td>16:00</td></tr> <tr><td>Jantar</td><td>18:00</td></tr> <tr><td>Início da noite</td><td>19:00</td></tr> <tr><td>Meio da noite</td><td>21:00</td></tr> <tr><td>Final da noite</td><td>22:00</td></tr> </tbody> </table>	Descrição da hora	Hora do registo:	Meio da noite	03:00	Pequeno-almoço	08:00	Início da manhã	08:00	Manhã	09:00	Final da manhã	10:00	Almoço	12:00	Meio do dia ou 12h00	12:00	Início da tarde	14:00	À tarde ou meio da tarde	15:00	Final da tarde	16:00	Jantar	18:00	Início da noite	19:00	Meio da noite	21:00	Final da noite	22:00
Descrição da hora	Hora do registo:																														
Meio da noite	03:00																														
Pequeno-almoço	08:00																														
Início da manhã	08:00																														
Manhã	09:00																														
Final da manhã	10:00																														
Almoço	12:00																														
Meio do dia ou 12h00	12:00																														
Início da tarde	14:00																														
À tarde ou meio da tarde	15:00																														
Final da tarde	16:00																														
Jantar	18:00																														
Início da noite	19:00																														
Meio da noite	21:00																														
Final da noite	22:00																														

Data da alta hospitalar

Nome Comum	Data da alta do hospital.
Definição	Data em que o doente recebeu alta do episódio agudo.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição: Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017) New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção C5.
Formato	Campo Calendário.
Orientações de Registo	Processo clínico individual do doente - Dados da Alta.
Observações auxiliares	<p>Quando a data da alta é conhecida registre a data da alta.</p> <p>Se o dia da alta é desconhecido, utilize 01 para o dia (01-MMM-AAAA).</p> <p>Se o dia e mês da alta são desconhecidos, utilize 01 para o dia e jan para o mês (01-jan-AAAA).</p>

Estado funcional (mRS) na alta

Nome Comum	Estado funcional na alta.
Definição	Escala de Rankin modificada do doente na alta.
Fonte de referência principal	Atributos de Definição Clinical audit method - Stroke Foundation's National Stroke Audit Acute Services (2017) SITS Registry data form for IVTP-standard 2014, Secção 2.2. INSPIRE clinical data guidance versão 9 New South Wales Stroke Care Audit Tool - National Stroke Research Institute - Versão 1.3 2013, Secção C1 (ver também ACI Stroke Procedures for auditing medical records for stroke).
Formato	Listagem (selecione um).
Orientações de Registo	<p>É necessário ter em consideração toda a história clínica presente no processo clínico do doente ou através do contacto direto com o doente para saber o seu estado na alta depois do AVC.</p> <p>Se o mRS não estiver documentado, este pode ser calculado utilizando o algoritmo das questões apresentadas na secção «Observações auxiliares».</p>



Códigos e valores	Registrado Numérico 0-6 Não registrado
Observações auxiliares	<p>Se o mRS é conhecido, selecione registrado e introduza 0-6 com base na escala abaixo indicada:</p> <p>0: Assintomático</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Nenhuma incapacidade significativa apesar dos sintomas; capaz de realizar todos os deveres e atividades habituais 2: Incapacidade ligeira, incapaz de realizar todas as atividades que realizava anteriormente, mas capaz de cuidar dos seus próprios interesses sem assistência 3: Incapacidade moderada; requer alguma ajuda, mas capaz de caminhar sem assistência 4: Incapacidade moderada a grave; incapaz de caminhar sem assistência e de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência 5: Incapacidade grave; acamado, incontinente, requer cuidados de enfermagem e atenção constantes 6: Morte <p>Se o mRS não está documentado, selecione não registrado e a pontuação mRS irá derivar da resposta às seguintes questões:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) O doente é capaz de caminhar sozinho? <ul style="list-style-type: none"> • Se não, questão b) • Se sim, questão c) b) Caso o doente não seja capaz de caminhar sozinho, é capaz de caminhar com a ajuda de outra pessoa? <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 4 • Se não, pontuação 5 c) Caso o doente seja capaz de caminhar sozinho (incluindo meios de auxílio ao caminhar), precisa de ajuda nas atividades pessoais simples (ir à casa de banho, tomar banho, vestir, cozinhar, realizar tarefas domésticas e finanças simples)? <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 3 • Se não, questão d) d) Caso o doente consiga executar as suas atividades pessoais simples, precisa de ajuda em atividades habituais mais complexas (conduzir, gerir finanças, contas da casa e tarefas do trabalho)? <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 2 • Se não, questão e) e) Se não tem nenhuma incapacidade, apresenta alguns sintomas? <ul style="list-style-type: none"> • Se sim, pontuação 1 • Se não, pontuação 0 <p>Se duas opções forem aparentemente válidas e as questões seguintes consideradas improváveis de esclarecer a situação em questão, a categoria mais grave deve ser selecionada.</p>
Further Information	<p>A Escala de Rankin modificada (mRS) é uma escala frequentemente utilizada na medição do grau de incapacidade ou de dependência nas atividades diárias de pessoas que sofreram um AVC e tornou-se na forma de medição mais amplamente utilizada na avaliação do outcome clínico em ensaios clínicos na área do AVC.</p> <p>Independência= 0-2, dependência ≥ 3, morte= 6.</p> <p>A variável pode ser utilizada em modelos estatísticos para fazer correções de diferenças em mistura de casos do doente, de modo a possibilitar comparações válidas da qualidade de tratamento e/ou resultados clínicos entre subgrupos de doentes.</p> <p>Esta variável não é utilizada como medida do resultado funcional.</p> <p>Outras Informações e formação podem ser consultadas em http://rankin-english.trainingcampus.net/uas/modules/trees/windex.aspx Ref: Lees, K. Modified Rankin Scale: A training and certification resource. University of Glasgow.</p> <p>A variável é utilizada como uma medida da gravidade do AVC antes do hospital.</p>

• Assinale o CRF (Case Report Form) como completo e selecione a opção verde para Gravar se efetuado online. Não é possível gravar um formulário incompleto

ANEXO III – Autorizações formais para a realização do estudo

- Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria
- Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Comissão de Ética

Exma. Senhora

Enf.ª Diana Oliveira

UCAP

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Ref. CE – Nº 40/19

Leiria, 09 de setembro de 2019

Assunto: Estudo: "Quality in Acute Stroke Care" (QASC) Europe

A Comissão de Ética vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2019.08.29 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Foi rececionado nesta Comissão um pedido de parecer para extensão do projeto intitulado "Quality in Acute Stroke Care" (QASC) Europe", aprovado pelo Conselho de Administração em 2019.05.30, que se encontra a decorrer na Unidade de Cuidados Agudos Polivalente (UCAP). Este pedido foi submetido pela Enf.ª Diana Isabel Dias Oliveira, a exercer funções na UCAP, no âmbito da sua dissertação de mestrado em Enfermagem à Pessoas em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria. Após análise do mesmo, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

Célio Fernandes
Presidente





Diana Isabel Dias Oliveira <dianaidoliveira@gmail.com>

Autorização do estudo "Quality in Acute Stroke Care" (QASC) Europa" - extensão do projeto para realização de Dissertação de Mestrado

2 mensagens

Sónia Guerra <sonia.guerra@chleiria.min-saude.pt>

30 de setembro de 2019 às 13:40

Para: "dianaidoliveira@gmail.com" <dianaidoliveira@gmail.com>, Diana Isabel Dias Oliveira <diana.oliveira@chleiria.min-saude.pt>

Cc: Luisa Pinto <Luisa.Pinto@chleiria.min-saude.pt>, Teresa Peralta <Teresa.Peralta@chleiria.min-saude.pt>

Boa tarde Enf.ª Diana Oliveira,

No seguimento do Vosso pedido, sobre o estudo em epígrafe, informamos V. Exa. que o **Conselho de Administração, na sua reunião de 2019.09.26, deliberou autorizar** o mesmo conforme solicitado.

Após conclusão do estudo, solicitamos o envio de um exemplar do trabalho final (preferencialmente em PDF, para o presente email).

Mais se informa que é dado conhecimento desta informação à Diretora do Serviço de Urgência Geral/UCAP, Dra. Luísa Pinto e à Enf.ª Chefe Teresa Peralta.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Guerra

Técnica Superior - Centro de Investigação/GEFOP



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR LEIRIA



Centro Hospitalar de Leiria Accredited by Joint Commission International

Rua das Olhalvas, Pousos | 2410-197 Leiria | Portugal

Tel: +351 244 817 000 Ext: 4002