

Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final

Association between the Manchester Triage System and the final outcome in stroke patients

Relación entre el Sistema de Triunfo de Manchester en emitir a AVC y el desfecho final

Marisa Sofia Monteiro Pereira*; Helisamara Mota Guedes**; Luís Miguel Nunes de Oliveira***; José Carlos Amado Martins****

Resumo

Enquadramento: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte em Portugal, e a principal causa de incapacidade nos idosos. Torna-se necessário definir estratégias para amenizar os danos.

Objetivos: Relacionar a prioridade definida pelo Sistema de Triagem de Manchester para doentes com AVC e o desfecho final (alta/óbito/internamento).

Metodologia: Estudo observacional que analisou dados do *software* ALERT® em todos os doentes com AVC que entraram num serviço de urgência polivalente português entre 2010 e 2012, totalizando 864 casos.

Resultados: A maioria dos doentes foi triada com elevada prioridade, sendo as idades diferentes entre homens e mulheres. Prioridades mais elevadas (cor vermelha e laranja) foram atribuídas aos mais idosos, aos que faleceram e aos que foram internados ($p < 0,001$). Houve reduzida ativação da Via Verde-AVC (14%).

Conclusão: Doentes internados e os que faleceram foram triados com prioridades mais elevadas, existindo relação estatística significativa entre as prioridades mais altas (vermelha e laranja), a taxa de internamento e a mortalidade ($p < 0,001$).

Palavras-chave: acidente vascular cerebral; enfermagem; serviços médicos de emergência; triagem; evolução clínica

Abstract

Background: Stroke is one of the leading causes of death in Portugal, and the leading cause of disability in older people. Strategies should be established to mitigate damages.

Objectives: To establish an association between the priority defined by the Manchester Triage System for stroke patients and the final outcome (discharge/death/hospitalization).

Methodology: An observational study was conducted to analyze data from the ALERT® software in all stroke patients who were admitted to a Portuguese multipurpose emergency department between 2010 and 2012, in a total of 864 cases.

Results: Most patients were triaged with high priority, and the ages differed between men and women. Higher priorities (red and orange) were assigned to older persons and patients who eventually died or were hospitalized ($p < 0,001$). The *Via Verde do AVC* program was seldom activated (14%).

Conclusion: Inpatients and those who eventually died were triaged with higher priorities. A statistically significant association was found between the highest priorities (red and orange), hospitalization rate, and mortality ($p < 0,001$).

Keywords: stroke; nursing; emergency medical services; triage; clinical evolution

*MSc., Enfermeira, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 3000-075, Coimbra, Portugal [marisamp@hotmail.com]. Contribuição no artigo: escrita do projeto, colheita, análise dos dados e discussão, escrita do artigo e aprovação da versão final.

**Ph.D., Enfermagem, Professora Adjunta, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 39100000, Brasil [helisamaraguedes@gmail.com]. Contribuição no artigo: análise dos dados e discussão, escrita do artigo e aprovação da versão final. Morada para correspondência: Departamento de Enfermagem-Campus JK Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Alto da Jacuba - Diamantina, MG-Brasil, 39100-000, Brasil.

***Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [lmoliveira@escenf.pt]. Contribuição no artigo: análise dos dados e discussão, escrita do artigo e aprovação da versão final.

****Ph.D., Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [jmartins@escenf.pt]. Contribuição no artigo: análise dos dados e discussão, escrita do artigo e aprovação da versão final.

Resumen

Marco contextual: Accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de muerte en Portugal, y la principal causa de discapacidad en los ancianos. Es necesario definir las estrategias para mitigar el daño.

Objetivos: Relacionar la prioridad establecida por el sistema de triaje de Manchester para los pacientes con accidente cerebrovascular y el resultado final (descarga/muerte/hospitalización).

Metodología: Estudio observacional analizaron datos de *software* ALERT® en todos los pacientes con accidente cerebrovascular que hayan introducido un servicio de urgencias de usos múltiples portugués entre 2010 y 2012, un total de 864 casos.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron examinados con alta prioridad, y las diferentes edades para los hombres y las mujeres. Prioridades más altas (de color rojo y naranja) fueron asignados a los ancianos, a los que murieron y que fueron hospitalizados ($p < 0,001$). No hubo reducción de la activación de Via Verde de carrera (14%).

Conclusión: Los pacientes hospitalizados y los que murieron fueron seleccionados con las prioridades más altas y una relación estadística significativa entre las prioridades más altas (rojo y naranja), la tasa de hospitalización y la mortalidad ($p < 0,001$).

Palabras clave: accidente cerebrovascular; enfermería; servicios médicos de urgencia; triaje; evolución clínica

Recebido para publicação em: 21.11.16

Aceite para publicação em: 03.03.17

Introdução

A mortalidade por doenças cerebrovasculares, em Portugal, foi de 61,9 por 100.000 habitantes em 2011, o que corresponde a 12.690 óbitos, segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), representando uma das principais causas de morte e principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (DGS, 2013). Segundo a DGS, em 2011 as doenças cerebrovasculares resultaram na morte de cerca de 12 pessoas em cada 100.000, com menos de 70 anos, e cerca de 721 pessoas em cada 100.000 com mais de 70 anos em Portugal (DGS, 2013). Esta situação tem tendência a agravar-se pelo facto da taxa de incidência prevalecer quase inalterada e a taxa de prevalência ser crescente, devido ao aumento da sobrevivência e do crescimento da população idosa.

As sequelas do acidente vascular cerebral (AVC) podem causar grande incapacidade psicomotora exigindo, cada vez mais, uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficiente por parte dos profissionais, onde se inclui o enfermeiro. É uma doença para a qual o tratamento e recuperação dependem da capacidade do indivíduo recorrer ao serviço de urgência (SU), no menor intervalo de tempo possível, uma vez que o único tratamento médico aprovado para o tratamento do AVC isquémico deve ser administrado num período de tempo até 4,5 horas após o início dos sintomas (Hacke et al., 2008), sendo que o potencial de benefício é tanto maior quanto mais rápida for a sua implementação.

Os sistemas de triagem de doentes admitidos no SU representam um elo essencial na estratégia de minimizar o tempo entre o início dos sintomas e o tratamento das vítimas de AVC.

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é aplicado em serviços de urgência de vários países, incluindo Portugal, mas o seu desempenho é naturalmente dependente do contexto em que é aplicado, nomeadamente das características dos doentes, do treino dos profissionais envolvidos em todo o processo e da relação entre a afluência aos SU e a respetiva capacidade de resposta (Van der Wulp, Van Baar, & Schrijvers, 2008). Estudos realizados com o STM mostram que o sistema é mais inclusivo (Souza, Toledo, Tadeu, & Chianca, 2011), permitem relacionar queixas apresentadas na clas-

sificação de risco e o desfecho final (Guedes, Souza, Lima, Martins, & Chianca, 2015), além de prever o tempo de permanência hospitalar de indivíduos classificados como alta prioridade de atendimento (Guedes, Martins, & Chianca, 2015).

Devido ao seu grave impacto, quer no nível de incapacidades, quer no nível psicológico e social para a vida dos doentes que sofrem AVC, torna-se necessário um estudo que relacione o desfecho clínico destes indivíduos que deram entrada no serviço de urgência com o intuito de minimizar os riscos e sequelas para a saúde.

Desta forma, espera-se que os resultados dessa pesquisa sejam usados para subsidiar melhorias no atendimento de urgência aos doentes com AVC para que usufruam de uma assistência mais rápida e de maior qualidade. O objetivo do estudo é relacionar a prioridade definida pelo STM para doentes com AVC com o desfecho final (alta/óbito/internamento).

Enquadramento

Segundo a World Health Organization (2016), o AVC é causado pela interrupção da irrigação cerebral, quer seja pela rutura de um vaso sanguíneo (AVC hemorrágico), quer pela sua oclusão (AVC isquémico), condicionando assim o normal fornecimento de glicose e oxigénio às células cerebrais, causando danos frequentemente irreversíveis. O acidente isquémico transitório (AIT) é definido por um défice neurológico focal, encefálico ou retiniano, súbito e reversível, com duração menor que 1 hora e/ou no máximo em 24 horas e sem evidência de lesão isquémica nos exames de imagem (Jauch et al., 2013).

O AVC hemorrágico regista cerca de 15% de todos os casos de AVC e o isquémico é responsável por 85% dos casos (Kurz, Kurz, & Farbu, 2013).

Embora a incidência da doença vascular cerebral tenha vindo a diminuir nos últimos 25 anos, e se tenham registado na última década progressos assinaláveis em relação às doenças cerebrovasculares, estas continuam a colocar Portugal nos últimos lugares em relação aos outros países da Europa. Em 2012, em Portugal, foram admitidos 19.177 doentes com AVC

no hospital, o que nos leva a constatar que a cada meia hora dá entrada no hospital uma nova vítima de AVC (DGS, 2013).

O SU constitui o primeiro contacto do doente com uma unidade de saúde, tornando-se fundamental o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de AVC, bem como, o início imediato do tratamento mais adequado (Delfim, Melo, Chaves, Duarte, & Brito, 2012). Considera-se assim, que o AVC é uma emergência médica, onde o tempo assume um ponto crítico no tratamento precoce (Delfim et al., 2012).

A via verde consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar. É o caso da via verde AVC (VV-AVC), que tem como objetivo obter uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos doentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro do *tempo porta-agulha* ou da janela terapêutica eficaz (Vaz, 2011).

Os enfermeiros têm um evidente papel no reconhecimento de sinais e sintomas no doente vítima de AVC e na ativação da VV-AVC, a partir da triagem no SU. Cabe ao enfermeiro do serviço de urgência realizar a triagem do doente com AVC com rigor, rapidez e eficácia, ativando a VV-AVC sempre que existam critérios para a sua ativação.

No momento da triagem, o enfermeiro pesquisa os sinais de alarme (desvio da comisura labial, diminuição da força num braço, dificuldade na fala) e avalia os critérios de inclusão na VV-AVC (idade compreendida entre os 18-80 anos, sinais ou sintomas com menos de três horas de evolução, ausência de dependência prévia). Após verificação de todos os critérios de inclusão é ativada de imediato a VV-AVC e o doente é transferido para a sala de emergência, onde é observado de imediato por um neurologista e são efetuados todos os exames complementares de diagnóstico, necessários, o mais rápido possível. As primeiras 3 horas após o início dos sintomas de AVC são essenciais para o tratamento do doente, pois é esta a janela temporal que permite que os principais tratamentos sejam eficazes (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2014).

Hipóteses

Doentes com ACV classificados como mais graves (vermelho, laranja) pelo Sistema de Triagem de Manchester tem desfecho clínico pior (maior mortalidade) e maior taxa de internamento.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, prospetivo, realizado com todos os doentes diagnosticados com acidente vascular cerebral que deram entrada num serviço de urgência polivalente da região centro de Portugal. Esses doentes foram acompanhados para identificação dos desfechos clínicos (alta/óbito/internamento).

Foram analisados os dados relativos às entradas no serviço de urgência entre dia 01 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2012, totalizando uma amostra de 864 doentes. Foram excluídos todos os casos em que os registos nos processos se encontravam incompletos.

Os dados foram colhidos no *software* ALERT® englobando todos os tipos de AVC (AVC isquémico, acidente isquémico transitório e AVC hemorrágico). As variáveis estudadas foram: data e hora de admissão, idade, sexo, diagnóstico de saída, fluxograma e discriminadores selecionados na triagem, prioridade clínica atribuída na triagem (cor de triagem) e destino pós alta.

Os dados foram submetidos a análise estatística no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Para a análise da caracterização dos pacientes, foram utilizadas estatísticas descritivas com análise de frequências e medidas de tendência central e dispersão. Pelo teste Kolmogorov-Smirnov verificou-se a não normalidade da distribuição de algumas variáveis, pelo que se optou pela utilização de testes não paramétricos. A associação de dados categóricos foi verificada pelo teste Qui-quadrado. A relação entre a idade e os grupos de classificação foi verificada pelo teste de Kruskal-Wallis. Para ambos, foi adotado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer N° P120-11/2012) e pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde decorreu o estudo (Parecer 026-13).

Resultados

Dos 864 doentes com diagnóstico de AVC, observou-se que nos últimos anos o número de pessoas que sofreram AVC aumentou no hospital estudado. Em 2010, 220 (25,5%) pessoas, em 2011, 232 (26,8%) pessoas e em 2012, 428 (47,7%) pessoas. O AVC predominou em 459 (53,1%) indivíduos do sexo masculino com idade entre 28 e 110 anos, sendo a média de 74,5 anos, com desvio

padrão 12,2 anos.

Quando se analisa a distribuição dos indivíduos da amostra por sexo e faixa etária, podemos verificar que a incidência de AVC até aos 75 anos é sempre superior nos homens, conforme mostra a Figura 1. A partir desta idade passa a ser sempre superior nas mulheres. O teste de Qui-quadrado mostra que a idade é estatisticamente diferente entre homens e mulheres ($p < 0,001$).

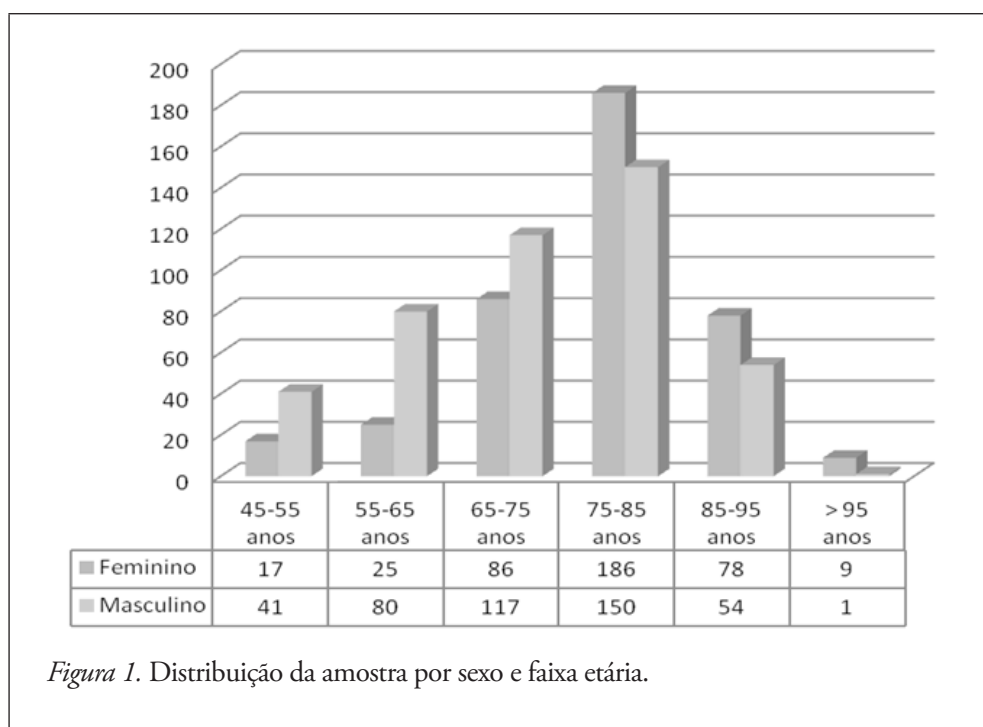


Figura 1. Distribuição da amostra por sexo e faixa etária.

No que respeita à hora de admissão, optou-se por agrupar em turnos de 8 horas, equiparando-os aos turnos de enfermagem correspondentes a manhã, tarde e noite. Os dados revelaram que entre as 0h-8h deram entrada 110 doentes (12,7%), das 8h-16h foram admitidos 465 doentes (53,9%) e no intervalo das 16h-24h deram entrada 289 doentes (33,4%). Numa análise mais pormenorizada, verificou-se que as horas de maior pico foram das 9h-12h com 22,9%, e as horas de menor afluência ocorreram no intervalo 3h-6h com apenas 2,3%.

Quanto ao dia da semana, ocorreram mais admissões com diagnóstico de AVC na sexta-feira 213 (24,7%), seguido do domingo 134 (15,5%),

quarta-feira 126 (14,5%), sábado 121 (14,0%), terça-feira 103 (11,9%), segunda-feira 94 (10,8%) e quinta-feira 73 (8,5%).

No que respeita à cor atribuída, verifica-se que a maior parte dos doentes foram triados de laranja 393 (45,5%) e amarelo 359 (41,6%), seguido da cor branca 47 (5,4%), verde 46 (5,3%) e vermelho 19 (2,2%). Não houve nenhuma triagem de cor azul.

Entre os 22 fluxogramas usados na triagem dos doentes da amostra (Tabela 1), destacam-se quatro: indisposição no adulto (64,00%), comportamento estranho (10,07%), cefaleia (7,06%) e estado de inconsciência (3,94%). Foi utilizado o fluxograma via verde em apenas 14 casos (1,62%).

Tabela 1
Distribuição da amostra por fluxograma

Fluxograma	N	%
Cefaleia	61	7,06
Comportamento estranho	87	10,07
Convulsões	8	0,93
Diabetes	4	0,46
Dispneia	9	1,04
Doença mental	7	0,81
Dor torácica	6	0,69
Estado de inconsciência	34	3,94
Feridas	1	0,12
Hemorragia GI	1	0,12
Indicação do médico	24	2,78
Indisposição no adulto	553	64,00
Lesão toraco-abdominal	1	0,12
Outro	8	0,93
Problemas nos membros	9	1,04
Problemas nos ouvidos	3	0,35
Problemas oftalmológicos	13	1,50
Queda	12	1,39
Realização de exames	1	0,12
T.C.E. – Trauma craneo-encefálico	4	0,46
Via Verde	14	1,62
Vômitos	4	0,46
Total	864	100,0

Relativamente ao discriminador selecionado, o que se verificou em maior percentagem foi a alteração do estado de consciência (31,8%), a instalação súbita (24,2%), o pulso anormal (11,2%), a dor moderada (7,7%) e novos sintomas e/ou sinais neurológicos (5,0%), os demais apresentaram baixa prevalência.

Relativamente à identificação do tipo de via verde ativada após a identificação da prioridade do doente, constatou-se que em 85,3% dos casos não foi ativado nenhum tipo de via verde (ou não foi registada essa ativação), tendo sido ativada a via verde AVC em 14,3% dos doentes e a via verde coronária a 0,4%.

Quanto ao tempo de permanência na urgência, encontrou-se uma média de 8h12m com desvio padrão 7h47m, apresentando um tempo mínimo de permanência de 0 minutos e um tempo máximo de 55h10m. Mediana é

6h32m. O primeiro quartil situa-se nas 3h13m e o terceiro quartil nas 10h08m.

Ao relacionar a idade com a prioridade clínica, observa-se que em todas as prioridades estão em maior percentagem os doentes com idade entre 75-85 anos, uma vez que é a faixa etária prevalente na amostra, conforme mostra o Figura 2. Os doentes com idades inferiores a 75 anos foram triados maioritariamente de cor amarelo. Nas faixas etárias a partir dos 75 anos, a maior parte dos doentes foi triada de vermelho e laranja. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que nas diferenças encontradas na prioridade atribuída em função da idade há pelo menos uma estatisticamente significativa ($p < 0,001$), realizando o mesmo teste par a par, verifica-se que as diferenças são estatisticamente significativas entre a prioridade vermelho e laranja e as demais.

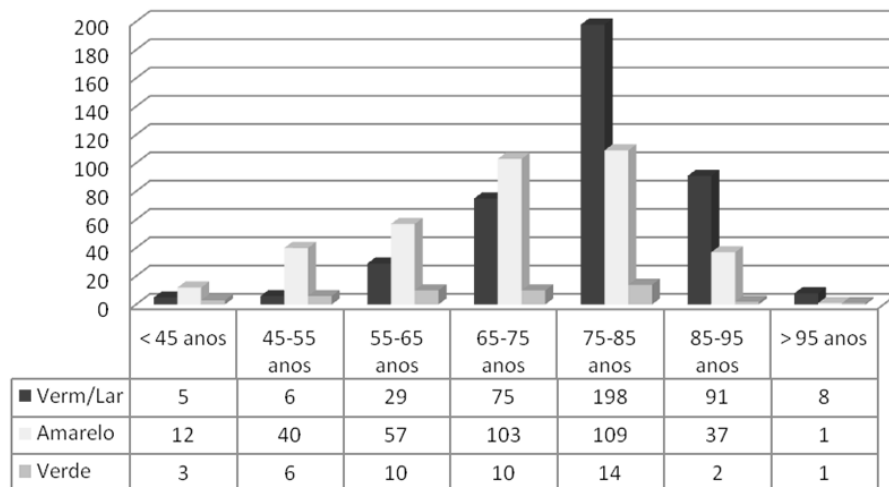


Figura 2. Distribuição da amostra por prioridade e faixa etária.

Nota. Excluiu-se a cor branca. Amostra total do gráfico de 816 doentes com AVC.

Na análise da relação entre a prioridade e o desfecho da urgência (Figura 3) observa-se que a maior parte dos doentes que tiveram alta para o domicílio foi triada de amarelo (58,3%). O óbito foi maior entre os triados

de vermelho e laranja (75%), assim como o internamento (57,6%). Houve diferenças estatísticas significativas ($p < 0,001$) entre o destino da urgência em função da prioridade.

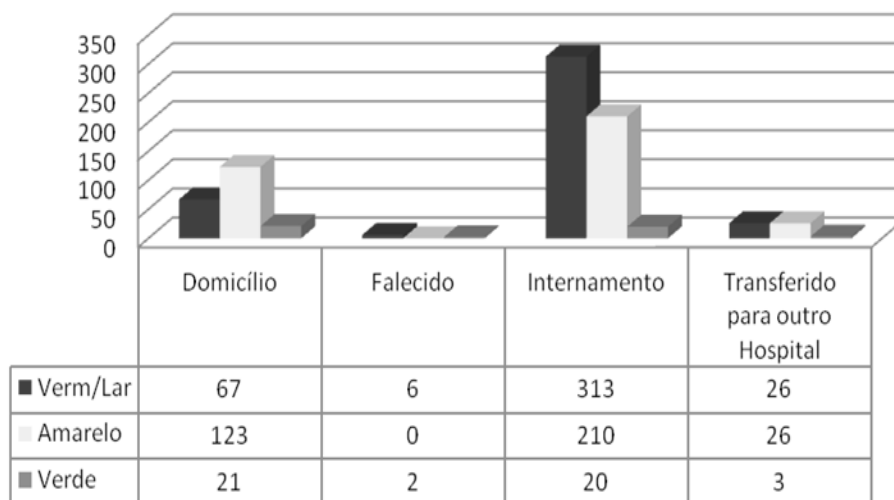


Figura 3. Distribuição da amostra por prioridade e desfecho do episódio de urgência.

Discussão

Os dados do estudo mostraram um aumento dos casos de AVC, atendidos no hospital estudado, no decorrer dos anos. Esta elevada percentagem deve-se ao facto de os dados serem provenientes de um hospital central, com urgência polivalente, que recebe todo o tipo de doentes desde os menos graves aos mais graves e que tem uma unidade de AVC a funcionar 24 horas por dia.

Relativamente à distribuição por sexo, constatou-se que foi nos homens que se verificou maior número de AVCs (53,13%), corroborando com outro estudo (Gabriel et al., 2007). Em relação à variável idade, verificou-se um aumento do número de casos à medida que a idade avançava, regredindo apenas a partir dos 85 anos, como era esperado.

Esta incidência mais tardia do AVC nas mulheres está relacionada com o facto das mulheres viverem mais que os homens. Desta forma, existem mais mulheres nas idades mais avançadas.

Verifica-se que a maioria dos doentes com AVC deram entrada no SU das 8h às 24h (87,2%), supõe-se que o facto pode estar relacionado com a presença de um acompanhante. Os cuidados médicos são raramente procurados pelo próprio doente, sendo em muitos casos realizados por um familiar (European Stroke Organization Executive Committee, European Stroke Organization Writing Committee, 2008).

No que diz respeito aos dias da semana, verificou-se uma predominância de admissões durante o fim-de-semana (de sexta-feira a domingo) com 54,3%, relativamente ao período de segunda a quinta-feira (45,7%). Estes dados poderão ser justificados pelo facto de ao fim de semana haver uma predisposição para os excessos, nomeadamente na dieta e no álcool, que são fatores de risco modificáveis (Sá, 2009), aumentando assim a probabilidade de desenvolver um AVC.

Os principais fluxogramas utilizados foram a indisposição no adulto (64,0%), comportamento estranho (10,1%), cefaleia (7,1%) e estado de inconsciência (3,9%). Gabriel et al. (2007) encontraram esses fluxogramas principais com uma percentagem total de 88% e acrescentam que ao contrário do que acontece no enfarte agudo do miocárdio, que tem o

fluxograma de dor torácica, no AVC não existe essa homogeneidade associada à forma de apresentação, o que limita o STM, tornando assim difícil esgotar a globalidade da sua semiologia num único fluxograma.

Guedes, Souza et al., (2015) chamam a atenção para a grande utilização do fluxograma indisposição no adulto, por ser um fluxograma inespecífico, usado para pacientes que não se sentem bem, sem queixa específica. Porém, fica a questão se, de facto, não foi possível identificar a queixa principal. Observa-se, na prática clínica, uma certa comodidade do profissional ao utilizar esse fluxograma, uma vez que ele possui ampla aplicabilidade.

Quanto ao discriminador, no momento da colheita de dados, o hospital utilizava a versão antiga do STM, a qual não inclui o discriminador défice neurológico agudo. Esse discriminador implica obrigatoriamente a atribuição da prioridade muito urgente (cor laranja) e integra-se em vários fluxogramas potencialmente relevantes no contexto do AVC, permitindo valorizar a presença de alterações neurológicas de forma transversal ao sistema, privilegiando, assim, a identificação do maior número de casos possível (Mackway-Jones, Marsden, & Windle, 2010).

Em relação à via verde AVC observou-se uma baixa ativação (14%), o que apenas pode estar relacionado com a falta de registo. Por outro lado, o facto de a idade média do estudo ser de aproximadamente 75 anos, a baixa ativação da VV-AVC pode estar relacionada com o critério do limite da idade, mas também com o facto dos doentes mais velhos terem tendencialmente mais comorbidades e, por isso, um crescente grau de dependência, o que novamente restringe a activação da VV-AVC.

Os dados mostram a necessidade de se otimizar a VV-AVC que tem o intuito de obter uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos doentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro da janela terapêutica eficaz.

Sugere-se que futuros estudos possam incluir a investigação de todo o circuito da via verde AVC, incluindo a análise desde via verde pré-hospitalar, passando pela via verde intra-hospitalar, comparando com os dados do internamento para uma melhor avaliação de toda a abordagem ao doente com AVC.

Em relação ao tempo de permanência na urgência, verificou-se que os doentes permaneciam, em média, 8h12m no SU até ser efetuado o registo do diagnóstico de AVC e serem transferidos para outra instituição ou ficarem internados. Estes resultados ficam aquém do esperado e não seguem as orientações da *American Heart Association & American Stroke Association* (Jauch et al., 2013), que recomendam a criação de um protocolo de avaliação clínica dos doentes com suspeita de AVC para que se consiga uma exploração e decisão terapêutica no período de 60 minutos após a chegada do doente ao SU. O Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007) sugere o internamento precoce destes doentes com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade a curto e longo prazo e também os custos associados ao tratamento. O tratamento precoce é um determinante crítico da intervenção bem-sucedida do AVC agudo. Comparando a prioridade atribuída com a faixa etária verificou-se que à medida que a idade dos doentes aumenta, a prioridade é tendencialmente mais elevada. A maior percentagem de doentes triados de vermelho e laranja estão distribuídas pelas faixas etárias desde 75-85 anos até > 95 anos. Ou seja, quanto mais idosos são os doentes, maior a gravidade do seu estado, o que é justificável pelo maior número de comorbilidades e multipatologias associadas aos indivíduos a partir dessa faixa etária, nomeadamente hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Em relação ao desfecho da urgência, a percentagem de internamentos revela-se inferior ao desejado, o que demonstra que nem todos os doentes beneficiaram do internamento numa unidade de AVC. A percentagem de óbitos foi reduzida (0,9%), no entanto, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares em Portugal por 100. 000 habitantes foi em 2010 de 119, em 2011 de 111,2 e em 2012 de 116,6 (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Note-se, no entanto que a mortalidade por AVC não acontece geralmente na sequência do evento agudo, mas alguns dias ou semanas depois. Na análise da relação entre a prioridade atribuída e o desfecho do episódio de urgência, verificamos que o maior número de internamentos e óbitos estão associados às prioridades mais altas, o que vai ao encontro da gravidade do

quadro clínico de cada prioridade. Existe uma relação estatística significativa entre as prioridades mais altas (vermelha, laranja), a taxa de internamento e a mortalidade ($p < 0,001$).

Estudos nacionais e internacionais concluíram que o STM se revelou uma ferramenta muito poderosa para distinguir o risco de morte, necessidade de internamento hospitalar e utilização de exames diagnósticos (Guedes, Martins et al., 2015; Santos, Freitas, & Martins, 2014). Este estudo contribui para a ciência ao mostrar que a atribuição de prioridades do STM foi sensível na triagem dos doentes com AVC, o que leva a reconhecer o STM como um instrumento útil na gestão dos serviços de urgência. O STM apresenta uma sensibilidade elevada para a atribuição de um nível de prioridade *emergente/muito urgente* na apresentação, no serviço de urgência, aos doentes com AVC. Doentes diagnosticados com AVC e classificados como graves (vermelho e laranja) tendem a evoluir mais para óbito ou ficarem internados quanto comparados aos diagnosticados como não graves (amarelo, verde).

Como limitação deste estudo pode-se apontar o facto de não terem sido obtidos outros critérios constantes das recomendações da VV-AVC entre outros, os tempos entre o acesso ao SU e a avaliação por um neurologista, a realização de TAC, a realização de fibrinólise, o internamento e ainda a duração do internamento e a mortalidade durante esse internamento. Esses dados tornariam possível outras análises.

Conclusão

Os principais resultados obtidos no estudo demonstraram que a maioria dos doentes com AVC foi triada com elevada prioridade (vermelho/laranja/amarelo). A idade é estatisticamente diferente entre homens e mulheres com AVC, com predominância do sexo masculino até aos 75 anos e do feminino a partir dessa idade, existindo relação estatística significativa entre a idade e o sexo ($p < 0,001$).

Conclui-se que os doentes internados e os que faleceram foram triados com prioridades mais elevadas, existindo relação estatística significativa entre as prioridades mais altas (vermelha e laranja), a taxa de internamento e a mortalidade ($p < 0,001$).

O STM revelou-se uma ferramenta eficaz de triagem sendo necessário que os enfermeiros fiquem mais atentos aos doentes classificados como graves, os médicos façam um diagnóstico mais rápido e ambos ativem precocemente a linha VV-AVC.

Salienta-se ainda a necessidade de campanhas para fazer chegar a informação à comunidade, não só sobre a clínica do AVC como os fatores de risco para o mesmo, e ainda alertar os profissionais de saúde para promover a avaliação rápida e tratamento nos doentes vítimas de AVC.

Referências bibliográficas

- Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Alto Comissariado da Saúde. (2008). *Campanha nacional sobre enfarte e AVC*. Recuperado de <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/1/campanha+avc.htm>
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2014). *Protocolo de actuação: Via verde do AVC intra-hospitalar: Diretrizes internas de conduta*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Delfim, L. V., Melo, C. L., Chaves, R. S., Duarte, L. M., & Brito, M. P. (2012). A percepção de enfermeiros sobre o atendimento de pacientes com acidente vascular encefálico agudo. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 6(9), 2204-2212. doi:10.5205/reuol.2570-20440-1-LE.0609201226
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal: Doenças cérebro-cardiovasculares em números: 2013: Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa, Portugal: Autor.
- European Stroke Organization Executive Committee, European Stroke Organization Writing Committee. (2008). *Recomendações para o tratamento do AVC isquémico e do acidente isquémico transitório 2008*. Recuperado de http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf
- Gabriel, J. P., Velon, A., Valério, C., Marcos A., Pimenta E., Vaz S., ... Silva, M. (2007). Triagem intra-hospitalar das admissões por acidente vascular cerebral isquémico através do sistema de triagem de prioridades de Manchester. *Sinapse*, 1(7), 28-35.
- Guedes, H. M., Martins, J. C., & Chianca, T. C. (2015). Predictive value of the ManchesterT system: Evaluation of patients' clinical outcomes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 45-51. doi:10.1590/0034-7167.2015680107p
- Guedes, H. M., Souza, K. M., Lima, P. O., Martins, J. C., & Chianca, T. C. (2015). Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 587-594. doi:10.1590/0104-1169.0227.2592
- Hacke, W., Kaste, M., Bluhmki, E., Brozman, M., Dávalos, A., Guidetti, D., ... Toni, D. (2008). Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, 359(13), 1317-1329. doi:10.1056/NEJMoa0804656
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Dados estatísticos: Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes (n.º) por local de residência (NUTS - 2002), sexo e grupo etário: Anual*. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003726&contexto=bd&selTab=tab2
- Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Jr., Bruno, A., Connors, J. J., Demaerschalk, B. M., ... Yonas, H. (2013). *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for health-care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 44(3), 870-947. doi:10.1161/STR.0b013e318284056a
- Kurz, M. W., Kurz, K. D., & Farbu, E. (2013). Acute ischemic stroke: From symptom recognition to thrombolysis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(196), 57-64. doi:10.1111/ane.12051
- Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2010). *Sistema Manchester de classificação de risco*. Belo Horizonte, Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco Editora.
- Sá, M. J. (2009). AVC: Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 12-19. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. (2014). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 148-152. doi:10.1136/emmermed-2012-201782
- Souza, C. C., Toledo, A. D., Tadeu, L. F., & Chianca, M. C. (2011). Risk classification in an emergency room: Agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester protocol. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 19(1), 26-33.
- Van der Wulp, I., Van Baar, M. E., & Schrijvers, A. J. (2008). Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: Results of a

- simulation study. *Emergency Medicine Journal*, 25(7), 431-434. doi:10.1136/emj.2007.055228
- Vaz, M. F. (2011). *Tempos de actuação na via verde do AVC*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/31270>
- World Health Organization. (2016). *Stroke, cerebrovascular accident*. Recuperado de http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/