FLÁVIA FERNANDES PORTELA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA RELACIONADOS AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

CURITBA
2017

FLÁVIA FERNANDES PORTELA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA RELACIONADOS AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.

CURITIBA

2017

Portela, Flávia Fernandes
Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do serviço de atendimento móvel de urgência relacionados ao Acidente Vascular Cerebral / Flávia Fernandes Portela – Curitiba, 2017.
207 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lilian Daisy Gonçalves Wolff
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Avaliação em saúde. 2. Assistência à saúde. 3. Medicina de emergência. 4. Gestão de qualidade em saúde. 5. Acidente Vascular Cerebral. I. Wolff, Lilian Daisy Gonçalves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.
. CDD 616.025

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **FLAVIA FERNANDES PORTELA**, intitulada: "**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, RELACIONADO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação.

Curitiba, 30 de Março de 2017.

LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LEILA MARIA MANSANO SARQUIS
Avaliador Interno (UFPR)

SOLENA ZIEMER KUSMA FIDALSKI
Avaliador Externo (PUC/PR)

Dedico este trabalho à minha mãe **Maria** *(in memoriam)* que foi a principal inspiradora para que eu buscasse um futuro melhor, me ensinou com sua história de vida o valor do trabalho e da dedicação, me apoiou nos momentos difíceis e vibrou com minhas conquistas, que muitas vezes pareciam ser mais suas do que minhas.

Meu muito obrigado, terá meu amor e admiração para sempre!

.

AGRADECIMENTOS

À força maior que rege o universo, que nos proporciona tantos dons e oportunidades de evoluirmos enquanto seres humanos;

Ao **Matheus Marques dos Santos**, por me acompanhar desde o final da graduação, ao longo da residência e mestrado. Participou de uma das situações mais difíceis da minha vida, me ajudando em diversas questões. Ao longo dessa árdua jornada de crescimento intelectual e pessoal se fez válvula de escape, me proporcionando muitos momentos de alegria e companheirismo;

À minha querida professora e orientadora **Drª. Lillian Daisy Gonçalves Wolff**. Comecei a segui-la como exemplo antes mesmo de conhecê-la, pois sua fama como grande pesquisadora e pessoa sempre estava sendo lembrada. Assim, desenvolver esse trabalho sob sua orientação foi a realização de um sonho. Obrigada por todo ensinamento, pelas inúmeras horas de orientação, por estar comprometida com a qualidade do trabalho e por muitas vezes me incentivar com atitude e palavras;

À **Gabriela de Souza dos Santos**, minha amiga, uma das pessoas mais altruístas, admiráveis que conheci. Obrigada por todo apoio, motivação e sensibilidade. Você foi muito importante para que eu conseguisse terminar essa jornada;

À minha amiga **Luciane Bordignon de Camargo** e **Ana Paula Oliveira**, pelo apoio, demonstração de carinho, conversas e torcida;

Às queridas amigas e colegas de mestrado **Juliana, Jolline, Aline, Michele, Fátima, Alessandra, Talita** e **Christiane,** obrigada pelas palavras amigas e olhares sinceros;

À **Ângela Tais Mattei**, que com muita presteza e atenção me auxiliou no desenvolvimento de algumas etapas desta pesquisa;

Aos **colegas de turma**, pois juntos compartilhamos de alegrias, conquistas e aflições;

Aos doutores que compuseram a **banca de qualificação e defesa** de mestrado, pelas contribuições deste trabalho;

A todas as pessoas que de alguma maneira torceram por mim e que contribuíram para que este trabalho fosse realizado!

“Se tu és neutro em situação de injustiça, tu escolheste o lado do opressor” (Desmond Tutu).

RESUMO

Instrumentos construídos e validados com rigor científico para avaliação de processos e resultados compõem uma estratégia para a institucionalização da avaliação em serviços de saúde. São úteis na obtenção de informações fidedignas por proporcionarem um melhor julgamento da realidade com vistas à tomada de decisão gerencial e aprimoramento do sistema de saúde. O objetivo foi construir e validar um instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) brasileiro, relacionados ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Trata-se de pesquisa metodológica, quantitativa, aprovada pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná/Brasil. A fundamentação teórica para a construção do instrumento foi de normativas, protocolos e literatura nacional e internacional correlata ao tema. Utilizou-se a Técnica Delphi como método de procedimento para a validação do instrumento. A amostra foi intencional, mediante pesquisa na plataforma do Instituto Brasileiro de Informação, Ciência e Tecnologia (IBICT); e por meio da Técnica Bola de Neve. Os participantes/painelistas foram profissionais de saúde mestres ou doutores, com experiência em orientação de dissertações/teses ou produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar; e enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência ou enfermeiros que atuassem no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba-Paraná-Brasil. A coleta de dados ocorreu entre agosto a dezembro/2016, por meio de duas rodadas de questionários enviados aos painelistas via sistema *Google Docs®.* Suas perguntas refreiam aos aspectos ; aparência, clareza, e conteúdo dos títulos das categorias e itens do AQPR/SAMU-AVC. Com participação de 33 e 26 painelistas na primeira e segunda rodadas, respectivamente. Os painelistas utilizaram uma escala categórica de cinco pontos para assinalarem a adequação do instrumentos nestes aspectos. A confiabilidade das respostas dos painelistas, capacidade de consistência e precisão das perguntas do questionário foram avaliadas pelo teste Alpha de Cronbach, cujos valores foram: 0,92 na primeira rodada e 0,93 na segunda rodada. A Taxa de Concordância Geral (TCG) das respostas foi de 85,9% na primeira e de 94,8% na segunda rodada. Obteve-se o Indicador Kappa entre 0,00 a 0,19 entre as respostas das duas rodadas, revelando baixa concordância entre elas, e que o AQPR/SAMU-AVC passou por evolução entre uma rodada a outra. Na verificação de divergências das respostas entre os grupos DP- docentes e/ou pesquisadores e EA-enfermeiros assistenciais, na primeira rodada constatou-se divergências apenas nos aspectos clareza e conteúdo de um título e um item, e na segunda rodada, apenas no conteúdo de um título e em dois itens. O instrumento apresentou excelente índice de validação (94%), indicando que é capaz de medir o que se propôs, a saber, a qualidade do atendimento do SAMU a indivíduos com hipótese diagnóstica ou diagnóstico médico de AVC. Recomenda-se a replicação da metodologia para a construção e validação de instrumentos que avaliem o atendimento do SAMU em outras linhas de cuidado.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Assistência à saúde. Medicina de emergência. Gestão de qualidade em saúde. Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Certain instruments, which are built and validated with scientific rigor in order to provide an evaluation of processes and results, represent an important strategy for the institutionalization of evaluation in health services. They are useful in obtaining reliable information, for they provide a better judgment of a given reality, helping managerial decision making and improving the health system as a whole. The objective of this project was to construct and validate an instrument that aims at evaluating the quality of processes and results of the Brazilian Mobile Emergency Care Service (SAMU), in relation to cases of stroke. This is a methodological and quantitative research, approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Center (Federal University of Paraná / Brazil). The theoretical basis for the construction of this instrument was: normative, protocols and both national and international literature on the subject. The Delphi Method was used for the validation of the instrument. The sample was intentional, given a research on the Brazilian Institute of Information, Science and Technology (IBICT); Snowball Sampling was also applied. Participants and panelists were: a) health workers with Masters or Doctoral degree, who had experience in orientating students in their Dissertations and Thesis or other scientific productions related to assistance in pre-hospital care; b) nurses with teaching experience in the area of Emergency Nursing or nurses who worked in the SAMU of the Metropolitan Area of Curitiba (State of Paraná, Brazil). Data collection took place between August and December of 2016, through two rounds of questionnaires sent to panelists via *Google Docs*® system. The questions were related to the following aspects: appearance; distinctness; and content of each category and item in the Qualitative Evaluation of Processes and Results (AQPR/SAMU-AVC). The panelists used a five-point categorical scale to indicate the suitability of each instrument in such respects. Both the reliability of the panelists' answers and the consistency and accuracy of the questionnaire's questions were evaluated by the Cronbach's Alpha test, whose values were: 0.92 in the first round and 0.93 in the second round. The general Concordance Rate of the responses was 85.9% in the first and 94.8% in the second round. The Kappa Index was 0.00 and 0.19 between the responses of the two rounds, revealing a low agreement rate among them; also, that the AQPR/SAMU-AVC progressed from one round to the next. When checking divergence between the responses of the groups DP (teachers and/or researchers) and AE (assisting nurses), the first round revealed differences only in the clarity and content aspects of one title and one item; in the second round, divergences occurred in the content of one title and two items. The instrument presented an excellent validation index (94%), indicating that it is capable of measuring what was proposed, namely, the quality of SAMU care to individuals with a diagnostic hypothesis or medical diagnosis of stroke. It is recommended the replication of the given methodology for the construction and validation of instruments that may evaluate the service of SAMU in other lines of care.

Keywords: Health evaluation. Health care. Emergency medicine. Quality management. Stroke.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - EXEMPLO DO ACESSO AO E-MAIL DO PESQUISADOR MEDIANTE O *LINK* DO SEU CURRÍCULO NA PLATAFORMA LATTES. 52
FIGURA 2 - NÚMERO DE PARTICIPANTES NOS GRUPOS 1 E 2, E NAS AMOSTRAS, NAS DUAS RODADAS DA TÉCNICA DELPHI, CURITIBA, 2017. 53
FIGURA 3 - CARACTERÍSTICAS DAS DUAS RODADAS DA TÉCNICA DELPHI 55

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - FASES DE OPERACIONALIZAÇÃO DA RUE 35
QUADRO 2 - INDICADORES DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITLAR 36
QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS QUE AVALIARAM PROCESSOS E RESULTADOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL PRÉ-HOSPILAR (2010-2014)..... 41
QUADRO 4 - PONTUAÇÕES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC APLICADO AOS PAINELISTAS. 54
QUADRO 5 - REFERÊNCIAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO INDICADOR KAPPA 58
QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC 65
QUADRO 7 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS (P) DIRECIONADAS AOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA VERSÃO..... 71
QUADRO 8 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS (P) DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DO TÍTULO DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- PRIMEIRA VERSÃO..... 72
QUADRO 9 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- PRIMEIRA VERSÃO 74
QUADRO 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC 80
QUADRO 11 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO ASPECTO APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA VERSÃO 85
QUADRO 12 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- SEGUNDA VERSÃO..... 86

QUADRO 13 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- SEGUNDA VERSÃO..... 87

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - SEXO, FORMAÇÃO ACADÊMICA, TITULAÇÃO E CAMPO DE ATUAÇÃO DOS PAINELISTAS 60
TABELA 2 - IDADE E TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PAINELISTAS 61
TABELA 3 - ÁREA DE MAIOR TITULAÇÃO ACADÊMICA DOS PAINELISTAS 61
TABELA 4 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC 63
TABELA 5 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC 64
TABELA 6 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA OS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA RODADA..... 76
TABELA 7 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS TÍTULOS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA RODADA..... 76
TABELA 8 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA RODADA..... 77
TABELA 9 - FREQUÊNCIA E PORCENTAGEM DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC 78
TABELA 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC 79
TABELA 11 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA OS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA RODADA..... 89

TABELA 12 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS TITULOS DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA RODADA 89
TABELA 13 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DO GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DO AQPR/SAMU-AVC- SEGUNDA RODADA 90
TABELA 14 - COMPARAÇÃO DA TAXA DE CONCORDÂNCIA PARA OS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS..... 90
TABELA 15 - COMPARAÇÃO DA TAXA DE CONCORDÂNCIA PARA O CONTEÚDO DOS TÍTULOS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS 91
TABELA 16 - COMPARAÇÃO DA TAXA DE CONCORDÂNCIA PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS 92
TABELA 17 - INDICADOR KAPPA APLICADO À PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS NA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC 92
TABELA 18 - INDICADOR KAPPA APLICADO Á PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC..... 93
TABELA 19 - INDICADOR KAPPA APLICADO À PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC 93

LISTA DE SIGLAS

ACE	- Atendimento Cardiovascular de Emergência
ACLS	- *Advanced Cardiovascular Life Support* – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
AH	- Atenção Hospitalar
AHA	- *American Heart Association*
APH	- Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar
APS	- Atenção Primária à Saúde
AQPR/SAMU-AVC	- Avaliação da Qualidade de Processos e Resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, relacionados ao Acidente Vascular Cerebral
ATLS	- *Advanced Trauma Life Support* - Suporte Avançado de vida no Trauma
ATLSN	- *Advanced Trauma Life Support for Nursing* – Suporte Avançado de Vida no Trauma para Enfermeiros
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
BLS	- *Basic Life Support* - Suporte Básico de Vida
CIR	- Comissão Intergestores Regional
CRMU	- Central de Regulação Médica de Urgência
CT-I	- Centro de Trauma de Nível I
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	- Profissionais Docentes
EA	- Enfermeiros Assistenciais
ECG	- Electrocardiograma
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
GSE/CBMERJ	- Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar
HPP	- Hospital de Pequeno Porte
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IBICT	- Instituto Brasileiro de Informação, Ciência e Tecnologia
IP	- Indicadores de Processo

IR	- Resultados
MS	- Ministério da Saúde
OGC	- Organização de Gerenciamento de Cuidado
PALS	- *Pediatric Advanced Life Support* - Suporte Avançado de Vida em Pediatria
PHTLS	- *PreHospital Life Support* – Atendimento Pré-hospitalar ao traumatizado
PNAU	- Política Nacional de Atenção as Urgências
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RBCE	- Rede Brasileira de Cooperação em Emergência
RCP	- Ressuscitação Cardiopulmonar
RO	- Rádio Operadores
RUE	- Redes de Atenção às Urgências e Emergências
SAMDU	- Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	- Suporte Avançado de Vida
SBV	- Suporte Básico de Vida
SE	- Sala de Estabilização
SEM	- Serviço de Emergências Médicas
SIATE	- Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências
SMUR	- Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TARM	- Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica
TEM-A	- Técnico em Emergências Médicas-Avançado
TEM-B	- Técnico em Emergências Médicas-Básico
TEM-I	- Técnico em Emergências Médicas-Intermediário
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UPA	- Unidades de Pronto Atendimento
USA	- Unidade de Suporte Avançado
USB	- Unidades de Suporte Básico
VIR	- Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

1.1 OBJETIVO 21

1.2 JUSTIFICATIVA 21

2 REVISÃO DE LITERATURA 23

2.1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUA ORGANIZAÇÃO NO BRASIL 23

2.2 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 29

2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇO DE SAÚDE 37

2.4 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE PROCESSOS E RESULTADOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL PRÉ-HOSPITALAR 39

2.5 FISIOPATOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E OS PROTOCOLOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A VÍTIMAS DESTE AGRAVO. 46

3 MATERIAIS E MÉTODO 48

3.1 TIPO DE PESQUISA 48

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA 51

3.3 QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS 53

3.4 DESENVOLVIMENTO DA TÉCNICA DELPHI 54

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 55

3.6 ASPECTOS ÉTICOS 59

4 RESULTADOS 60

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PAINELISTAS 60

4.2 DESCRIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DA TÉCNICA DELPHI-PRIMEIRA RODADA 62

4.2.1 Avaliação da concordância na primeira rodada de validação de acordo com a caracterização dos painelistas 75

4.3 DESCRIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DA TÉCNICA DELPHI-SEGUNDA RODADA 77

4.3.1 Avaliação da concordância na segunda rodada de validação de acordo com a caracterização dos painelistas 88

4.4 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADA..... 90

5 DISCUSSÃO 94

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PAINELISTAS 94

5.2 VALIDAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC 95

5.2.1 Caracterização do AQPR/SAMU-AVC 95

5.2.2 Validação AQPR/SAMU-AVC na primeira rodada 99

5.2.3 Validação AQPR/SAMU-AVC na segunda rodada 108

5.3 COMPARAÇÃO ENTRE CONCORDÂNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADA E CÁLCULO DE QUI QUADRADO E KAPPA 111

6 CONCLUSÃO 115

REFERÊNCIAS 119

APÊNDICES 132

ANEXO 132

1 INTRODUÇÃO

O mundo tem enfrentado crises nos sistemas de saúde decorrentes da falta de profissionais dessa área (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010), e principalmente pela incompatibilidade entre o atendimento à saúde diante da transição demográfica e epidemiológica.

Nesta perspectiva, no Brasil ocorreram mudanças significativas no perfil de mortalidade da população brasileira nos últimos 50 anos. Destaca-se a diminuição dos óbitos por doenças infectocontagiosas e o aumento das mortes por doenças crônico-degenerativas e por causas externas. (CABRAL, 2009).

Consequentemente, pode-se prever um aumento progressivo das doenças crônicas na população, principalmente aquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), assim como o incremento das afecções por causas externas, estão entre as principais causas de mortalidade no país. (BRASIL, 2013).

Por sua vez, nosso sistema de saúde tem se caracterizado, historicamente, pela fragmentação do atendimento à população, tendo em vista que sua organização tem se dado por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, onde há pouca comunicação e integração entre os serviços. (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma proposta que vai ao encontro da necessidade de reestruturação do sistema, para se dirimir a fragmentação no atendimento. As RAS se constituem em arranjos organizacionais integrando ações e serviços sanitários com diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, articulados complementarmente, com vistas a maior organização e qualidade da atenção prestada, a fim de garantir o atendimento integral. (BRASIL, 2010).

A implantação de redes de atenção em nível nacional esteve como prioridade do Ministério da Saúde (MS) para o quadriênio (2011-2014) (ORTIGA, 2014). Dentro da conjuntura das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), o atendimento aos usuários com quadros agudos

deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a fim de possibilitar a resolução integral das necessidades da demanda ou a transferência para um serviço de saúde de maior complexidade. Assim, o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) desempenha importante papel no transporte e atendimento na saúde pública. (SILVA *et al.*, 2010).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um elemento da Rede de Urgência e Emergência que objetiva sistematizar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte correto, rápido e resolutivo às vítimas de agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica. (BRASIL, 2013), por meio do envio de transporte tripulados por equipe capacitada e qualificada ao atendimento, acessada pelo número 192.

O SAMU é o objeto deste projeto de pesquisa. Foi normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e destina-se ao atendimento pré-hospitalar, caracterizado por toda a assistência prestada fora do ambiente hospitalar, de forma direta ou indireta. (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

Suas diretrizes preconizam a existência de uma rede assistencial, induzindo a organização da oferta para uma atenção adequada e resolutiva, com porta de entrada de forma ágil e no local certo, ordenando o sistema a se organizar e definindo as grades de referência. Esta rede proporciona articulação intersetorial com os órgãos de resgate como o Corpo de Bombeiro, Policia Militar e em casos de desastres com a Defesa Civil. (ORTIGA, 2014).

Este serviço representa um importante avanço nos sistemas de saúde brasileiro, uma vez que permite a hierarquização e regionalização dos serviços na atenção às urgências, reduzindo a lentidão do atendimento e a superlotação da rede hospitalar. (CASTRO; TOURINHO, 2011).

As diretrizes do SAMU preconizam a existência de uma rede assistencial, direcionando a organização da oferta para uma atenção adequada e resolutiva, com porta de entrada de forma ágil e no local certo, ordenando o sistema a se organizar e definindo as grades de referência.

Além da articulação com bombeiros, articula-se também com a defesa civil e hospitais de referência. Todo o processo de trabalho no SAMU é executado por equipes multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e ocupacionais, como condutores da ambulância. (BRASIL, 2012, 2013). Tal serviço oferece suporte de vida, com maior ou menor densidade tecnológica, de acordo com a gravidade do caso. Esta rede proporciona articulação intersetorial com os órgãos de resgate como o Corpo de Bombeiro, Policia Militar e em casos de desastres com a Defesa Civil. (ORTIGA, 2014).

As equipes e frotas de veículos do SAMU estão disponíveis à população nas 24 horas, e devem ser compatíveis ao atendimento das necessidades de saúde da população de um município ou região. Em vista disso, a área de cobertura de atendimento deve ser previamente estabelecida, levando-se em conta aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos. Destaca-se que o SAMU é responsável por executar o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar, quer sejam residências, locais de trabalho ou vias públicas. (LANCINI, 2013).

As Unidades Móveis para atendimento de urgência do SAMU são enviadas ao local da situação de emergência por meio da decisão do médico regulador, lotado na Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU). Estas unidades podem ser de diferentes modalidades: Unidades de Suporte Básico (USB), Unidade de Suporte Avançado (USA), Atendimento Aéreo, Ambulancha, Motolância e Veículo de Intervenção Rápida. Destacam-se as USB, que são ambulâncias tripuladas por, no mínimo, dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; e as USA, tripuladas por três profissionais, no mínimo, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico. (BRASIL, 2012).

Embora a Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU) foi inicialmente estabelecida em 2003, foi reformulada em 2011, e estabelece incentivos financeiros e políticos para a implantação dos elementos pré-hospitalares nos estados e municípios, estruturando Serviços de

Atendimento Móveis de Urgência (SAMU) e as Unidades de Prontos Atendimentos (UPA) para atendimento às urgências clínicas.

Existem a dificuldade de se estabelecer metas no SAMU, devido à falta de unificação do sistema de informação.

A falta de gestão da informação dos atendimentos na área de urgência gera descontinuidade na vigilância, favorecendo falhas de comunicação em toda a rede de assistência do SAMU. (ALMEIDA *et al*., 2015). Os sistemas de informação são necessários à tomada de decisão no SAMU, já que podem auxiliar o planejamento e supervisão do serviço. (SILVESTRE, 2017).

Assim encontra-se o E-SUS SAMU um dos sistemas de informação mais relevantes desenvolvidos no período de 2011 à 2014, apresentando como objetivo registrar os chamados à CRMU. (BRASIL, 2015).

O SAMU é avaliado pelo Ministério da Saúde mensalmente, por intermédio de dados relativos aos seus atendimentos. (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

Nesta perspectiva, avaliar pressupõe realizar um juízo de valor sobre um fato ou uma intervenção, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Tal juízo pode advir da aplicação de normas ou critérios, no caso de uma avaliação normativa, ou ainda, ser elaborado por meio de procedimentos científicos, como no caso de uma pesquisa avaliativa. (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997).

No que concerne à avaliação da qualidade do cuidado em saúde, muitos serviços têm empregado métodos avaliativos fundamentados na tríade proposta por Donabedian, a saber: estrutura, processo e resultado.

A análise estrutural diz respeito às condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá, tais como equipamentos, recursos humanos, instalações e insumos, assim como o modelo de gestão. Quanto à análise do processo, esta se caracteriza pela análise da dinâmica do cuidado em si, da relação direta entre prestador e receptor do serviço, e inclui indicadores como solicitação de exames, execução de procedimentos, internações e cirurgias. A análise de resultados diz respeito aos produtos finais da assistência prestada, e incluem indicadores de morbimortalidade,

estado de saúde, qualidade de vida, adaptação ao meio, entre outros. (DONABEDIAN, 1990).

É importante destacar que o gerenciamento com enfoque na qualidade do serviço de saúde requer a valorização da satisfação de padrões de excelência e o atendimento às expectativas dos clientes internos (profissionais) e externos (comunidade), o que exige ousadia para a realização de mudanças institucionais que sejam necessárias ao aprimoramento do serviço. (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

Consequentemente, é indispensável à gestão, além de conhecer as necessidades da clientela e a demanda por serviços, avaliar os processos e resultados do atendimento realizado pelo SAMU, para que possa aprimorar os serviços de atendimento às urgências e emergência realizados, favorecendo a saúde da população.

Desta forma, fazem-se necessários modelos e instrumentos de avaliação de processos e resultados do atendimento no SAMU, incluindo as ações realizadas pela CRMU. Considerando que os atendimentos são variados, os instrumentos poderiam focar agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica, entre outros, e alguns dos agravos mais frequentes contemplados em linhas de cuidado.

Os instrumentos de avaliação de processos e resultados a serem construídos deveriam inspirar-se nas rotinas e fluxos de atendimentos preconizados pela PNAU, em portarias do Ministério da Saúde e nos indicadores a serem mensurados, e em protocolos recomendados.

Ademais, tendo em vista a necessidade de delimitação desta pesquisa, optou-se por focar o serviço realizado por Unidades de Suporte Avançado, devido à complexidade do atendimento, e por priorizar a análise de processo e resultados dos atendimentos a ocorrências devido ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), pela relevância epidemiológica.

O AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade na população brasileira, com incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, apresentando uma taxa de mortalidade de 18,5% nos primeiros 30 dias, de 30,9%e nos 12 meses seguintes, e de 15,9% após um ano. (BRASIL, 2013d).

Por conseguinte pretendeu-se responder à questão: **Quais elementos devem compor o instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no o Acidente Vascular Cerebral?**

1.1. OBJETIVO

Contruir um instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Acidente Vascular Cerebral.

Validar, sob a ótica dos painelistas, o conteúdo de um instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Acidente Vascular Cerebral*.*

1.2. JUSTIFICATIVA

A pesquisa justifica-se pela necessidade de existir instrumentos construídos e validados com rigor científico, que possam avaliar os processos e resultados de atendimentos realizados pelo SAMU, em consonância com as diretrizes da PNAU e evidências científicas atuais expressas nos protocolos nacionais e internacionais vigentes.

Especificamente, a contribuição do estudo tem relevância na perspectiva epidemiológica, pois o instrumento validado destinar-se-á à avaliação do atendimento a usuários vítimas de AVC, uma das principais causas de morte no Brasil.

Adicionalmente, os resultados da pesquisa poderão auxiliar gestores na tomada de decisão visando à melhoria do atendimento e a implementação de ações que elevem o desempenho do serviço e das equipes.

Por meio da ótica do grupo de especialistas na área de urgência e emergência espera-se que o instrumento esteja qualificado, permitindo

identificar as potencialidades e fragilidades do SAMU, no atendimento ao AVC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo descreve-se a revisão de literatura. Optou-se por abordar aspectos históricos do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência e sua organização no Brasil e a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Também são desenvolvidas seções sobre avaliação da qualidade de serviço de saúde, indicadores de avaliação de processos e resultados dos serviços de atendimento móvel pré-hospitalar, por meio de buscas de artigos nas bases de dados *Medline* e *Cinahl*. Por fim, trata-se suscintamente da fisiopatologia do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e dos protocolos relacionados ao atendimento pré-hospitalar a vítimas deste agravo.

2.1. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E SUA ORGANIZAÇÃO NO BRASIL

Quando se pretende avaliar um serviço de saúde é relevante fazer um resgate histórico das suas origens. No Brasil, pode-se afirmar que a configuração das equipes de profissionais e a abordagem na assistência às vítimas de urgência e emergência foram baseadas nos modelos francês e norte-americano de Atendimento Pré-hospitalar (APH). (SILVA *et al.,* 2010).

O princípio da criação do APH na França surgiu por meio das experiências do médico Dominique Jean Larrey (1766-1842), considerado 'o pai da medicina militar'. Como cirurgião do exército de Napoleão, identificou a necessidade de resgaste dos feridos durante a batalha, não somente após o término do conflito. (FERRARI, 2006; BRASIL, 2006).

Em 1968, criou-se na França o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que passou a ser coordenado pelos Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Este, por sua vez, tinha a missão de prestar assistência médica às vítimas de acidentes de trânsito e realizar transferências inter-hospitalares. (MACHADO, 2007).

O sistema SAMU, na perspectiva francesa, permite a terapêutica com início precoce, sendo essencial para emergências clínicas. Porém, é

criticado na assistência ao trauma, em relação ao retardo no transporte para o local definitivo de atendimento. (SCARPELINI, 2007).

Portanto, tal modelo tem como funções primordiais: atender às emergências clínicas e cirúrgicas; oferecer atendimento sistematizado e rápido na primeira hora, com destaque à triagem realizada por médico regulador; enviar equipe à ocorrência, sendo esta composta, exclusivamente, pelo médico, enfermeiro e motorista socorrista (CABRAL, 2007; GUSTAVO; SAMIR, 2007); e ainda, estabilizar a vítima no local da ocorrência, vislumbrando o transporte seguro. (MEIRA, 2004; GUSTAVO; SAMIR, 2007).

O sistema francês é configurado por equipe multidisciplinar, ainda que mantenha um enfoque na atuação do médico. Este profissional realiza, além da assistência direta à ocorrência, o acolhimento e julgamento dos acometimentos agudos de diversas naturezas, mediante a comunicação via telefônica. (GUSTAVO; SAMIR, 2007). Consequentemente, a regulação médica assume o poder de ordenar todas as atividades de APH, no âmbito intra-hospitalar emergencial e no transporte para o hospitalar. Funciona com unidades móveis, básicas ou avançadas, com a mobilização dos profissionais de saúde para o local da ocorrência, no menor tempo possível, para desenvolver atendimento de natureza emergencial e cuidados de terapia intensiva. (ORTÍGA, 2014).

Por sua vez, o modelo de APH desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) originou-se a partir de experiências na remoção de vítimas na II Guerra Mundial, nas guerras da Criméia e do Vietnã. (SILVA *et al.,* 2010).

A partir de pesquisas desenvolvidas na área de traumatologia, o governo norte-americano definiu o desenvolvimento de um sistema eficiente de atendimento para diminuir as mortes por condições de urgência e emergência, com implantação de incentivos financeiros destinados à melhoria do atendimento pré-hospitalar. (FERRARI, 2006).

Desta forma, criou-se em 1962, o ainda vigente Serviço de Emergências Médicas (SEM), que tem como base a remoção rápida do paciente do local de atendimento (SCARPELINI, 2007), a qual é realizada

por técnicos em emergências médicas e paramédicos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYERL, 2011).

Os recursos humanos do SEM se compõem pelos seguintes profissionais: técnico em Emergências Médicas-Básico (TEM-B), credenciado para o Suporte Básico de Vida (SBV); técnico em Emergências Médicas-Intermediário (TEM-I); e técnico em Emergências Médicas-Avançado (TEM-A). No Departamento de Emergência, existe o médico supervisor (MARTINS, 2004) que realiza orientações de conduta para as equipes que estão no local da ocorrência, por meio do telefone, e define a necessidade do envio de médico ao local. (ORTIGA, 2014). Nesse modelo, médicos e profissionais de enfermagem não se deslocam em ambulâncias, a não ser, em caso de desastres em massa. (CUNHA *et al.,* 2003).

No Brasil, assim como em outros países, a ideia de atendimento das vítimas no local da ocorrência da urgência é tão antiga quanto às dos modelos francês e americano.

Em 1893, o Senado da República estabeleceu a lei que obrigava a presença do socorro médico em urgências em vias públicas no Rio de Janeiro, a capital do país (MARTINS, 2004). Nesta época, no estado de São Paulo, o atendimento às emergências era reponsabilidade do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado, e em 1910 tornou-se obrigatória a presença de profissionais médicos em acidentes e incêndios. (AZEVEDO, 2002).

O presidente Eurico Gaspar Dutra, por meio de decreto, em 1949, instituiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), o qual prestava assistência médica em domicílio. (DOLOR, 2008). Na década de 60, devido à ausência de regulação e influência política para definir prioridades no atendimento, ocorreu a extinção desse serviço. (MERCADANTE, 2002).

Em 1979, instituiu-se um serviço de ambulância com engajamento da Prefeitura de São Paulo, o qual disponibilizou funcionários treinados para atuar junto aos bombeiros, no resgaste às vítimas. Em 1981, a partir de discussões entre representantes de diversos hospitais de São Paulo, foi proposto, além do atendimento em via pública, um sistema de referência para encaminhamento das vítimas aos serviços de saúde próximos das ocorrências. (RAMOS; SANNA, 2005).

No estado do Rio de Janeiro criou-se o Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar (GSE/CBMERJ) em 1986, sendo responsável pela assistência pré-hospitalar, que incluía equipes médicas para regulação e atendimento (MINAYO, 2008); assim como dois enfermeiros e um motorista, os quais atuavam em viaturas de suporte avançado de vida equipadas para os devidos fins. (RAMOS; SANNA, 2005).

Iniciou-se em 1989, em São Paulo, o Projeto Resgate, o qual implementou o serviço de Atendimento Pré-hospitalar (APH), com intuito de trabalhar com Unidades de Resgate tripuladas por bombeiros socorristas (RAMOS; SANNA, 2005; BRASIL, 2006) e Unidades de Suporte Avançadas (USA), com médicos e enfermeiros do SAMU. (RAMOS; SANNA, 2005).

Em 1990, iniciaram-se as reuniões visando ao intercâmbio do Brasil com o sistema pré-hospitalar francês. Este contato com a França conduziu a formulação do APH móvel centrado na figura do médico regulador (BRASIL, 2006; ORTIGA, 2014).

A estruturação do SAMU no Brasil também teve como marco a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE). Criada em 1995, esta rede promoveu debates acerca da atenção às urgências e emergências, os quais resultaram na publicação de portarias e na Política Nacional de Urgência e Emergência. (BRASIL, 2006).

A influência do modelo francês na organização do SAMU brasileiro norteou a organização das Unidades de Suporte Avançado (USA) e o Veículo de Intervenção Rápida (VIR), tripulados por médico, enfermeiro e motorista com curso de socorrista, os quais se utilizam de protocolos internacionais para atendimento de suporte avançado de vida.

Em Curitiba-PR, em 1990, e em Goiânia-GO, em 2000, instituiu-se um modelo misto de atendimento pré-hospitalar com base no modelo norte americano de transporte rápido, denominado por Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), do Corpo de Bombeiros. Este serviço permanece atuante até o momento nestas duas capitais. Seu objetivo primordial é o transporte das vítimas até aos equipamentos que prestam assistência especializadas. Nos demais estados, os serviços do SIATE se transformaram no atual modelo SAMU. (ORTIGA, 2014).

O modelo norte americano de atendimento à urgência e emergência pré-hospitalar também norteou a organização das Unidades de Suporte Básico (USB) do SAMU, as quais são tripuladas por um auxiliar ou técnico em enfermagem e motorista com curso de socorrista, contando também com a parceria com o corpo de bombeiros.

As primeiras capitais que aderiram ao modelo do SAMU foram Belém-PA e Porto Alegre-RS. (ORTIGA, 2014).

Na década de 2000, o papel do Ministério da Saúde foi fundamental, ao implantar a Portaria nº. 1.864 de 2003, relativa à Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a qual demandou incentivos aos estados e municípios e propôs intensa normatização para que implantassem esta política, iniciando pelo componente móvel de urgência SAMU-192. (ORTIGA, 2014; BRASIL, 2011). Adicionalmente, estabeleceu que os 16 serviços pré-hospitalares, já existentes no país, atendessem às exigências de uniformização visual e normas de regulamentação médica. (BRASIL, 2003).

O atendimento do SAMU é desenvolvido por meio do acolhimento e identificação dos chamados telefônicos relativos a ocorrências com cidadãos acometidos por agravos agudos de naturezas: clínicas, psiquiátricas, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica. Estes chamados são analisados pelo médico regulador, o qual estratifica o grau da urgência, definindo assim os recursos necessários para a assistência, que podem envolver desde um aconselhamento médico ao envio de USB ou USA (BRASIL, 2012), ou ainda, outros serviços, como o Corpo de bombeiros, Polícia, etc.

A execução da APH no país é fundamentada em protocolos internacionais, como: PHTLS (*PreHospital Life Support* – Atendimento Pré-hospitalar ao traumatizado); ATLS (*Advanced Trauma Life Support* - Suporte Avançado de vida no Trauma); ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support* - Suporte Avançado de Vida em Cardiologia); PALS (*Pediatric Advanced Life Support* - Suporte Avançado de Vida em Pediatria); BLS (*Basic Life Support* - Suporte Básico de Vida). (BUENO; BERNARDES, 2010; SCHWEITZER, 2010).

O *PHTLS* é um protocolo para a sistematização do atendimento pré-hospitalar às vítimas de traumas, em que é abordado desde a avaliação da

vítima à avaliação do ambiente. (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN, 2013).

No caso do *ATLS*, é um protocolo direcionado ao atendimento ao politraumatizado, particularmente nos traumas graves.

O *ACLS* é um protocolo direcionado à Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e ao Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE). Desenvolvidas pela *American Heart Association* (AHA), as diretrizes se baseiam em uma ampla revisão da literatura e em diversos debates com especialistas internacionais sobre RCP e ACE. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O *PALS* é um protocolo de abordagem sistemática para a avaliação pediátrica, direcionado ao suporte avançado de vida. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

O *BLS* é um protocolo direcionado aos cuidados que podem ser prestados por profissionais de saúde ou leigos, com foco na qualidade da RCP, utilização do desfibrilador externo automático e desobstrução de vias aéreas em indivíduos de todas as idades. O BLS também centra na integração de competências-chaves, como: pensamento crítico; resolução de problemas; comunicação e dinâmica da equipe. (AMERICAN READ CROSS, 2010).

Quanto à assistência de enfermagem no SAMU, a qual precisa estar acordo com os objetivos designados pela PNAU, vislumbrando a manutenção da vida e minimização de sequelas, sendo exigidas habilidades e conhecimentos específicos. (CYRILO, 2009). Assim, a utilização dos protocolos nacionais e internacionais promovem o conhecimento de diretrizes discutidas por expertos na área, a partir das quais pode-se oferecer uma assistência com mais segurança e de maior qualidade.

O movimento de organização do cuidado da enfermagem na área de urgência e emergência teve como marco o ano de 1983, quando foi estabelecida pela Associação Americana de Enfermagem, a padronização das práticas de enfermagem em emergência em três níveis de competências, variando entre competência para assistir o paciente traumatizado; formação específica em enfermagem em emergência; e por

fim, especialidade na área de emergência com atuação nos ambientes pré e intra hospitalares. (COUTINHO, 2007).

Por fim, outro marco na atenção as urgências e emergências foi a instituição da Portaria GM/MS 1600/2011 a qual reformula a PNAU incorporando o componente Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com a finalidade de integrar e articular todos os elementos de saúde, com vistas a ampliar e qualificar o acesso integral e humanizado aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

2.2. REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para compreensão da Rede de Atenção à Urgência e Emergência faz-se necessário um resgate histórico sobre a instituição de Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

Após anos de sua formulação, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Orgânica da Saúde, Lei no. 8.080 de 1990, ainda enfrenta obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção.

Um dos principais problemas do SUS se constitui na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira. Por um lado, tem-se a tripla carga de doenças: cardiovasculares, crônico-degenerativas e decorrentes de causas externas. Por outro lado, o sistema de saúde apresenta-se fragmentado e direcionado às condições e aos eventos agudos. Esta situação configura-se como uma crise do sistema de saúde público brasileiro. (MENDES, 2011).

Nesta perspectiva, a estratégia de Rede de Atenção à Saúde (RAS) instituída pela Portaria 4.279 de 2010 foi idealizada para a superação da fragmentação da atenção e da gestão, bem como para o aperfeiçoamento político-institucional do SUS, com o propósito de assegurar aos usuários a continuidade de ações e serviços, de modo eficiente. (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Dentre as definições apontadas para a concepção da RAS, destaca-se: "Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico,

logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado". (BRASIL, 2010).

Outro conceito essencial na constituição das RAS são os níveis de atenção à saúde, os quais se estruturam em arranjos segundo suas densidades tecnológicas, variando do nível de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária, até o de nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde (APS). (MENDES, 2009).

As RAS se constituem por três componentes fundamentais: a população; a estrutura operacional; e o modelo de atenção à saúde. (MENDES, 2011).

O reconhecimento da população de uma RAS abrange o processo de territorialização; cadastramento e classificação das famílias por riscos sócio-sanitários. (MENDES, 2009; MENDES, 2011). A sua estrutura operacional constitui-se de cinco componentes: (i) o centro de comunicação, Atenção primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema e coordenadora do fluxo do sistema de saúde; (ii) os pontos de atenção secundária e terciária (serviços especializados); (iii) os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); (iv) os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário); (v) e o sistema de governança. (MENDES, 2011).

O terceiro elemento constitutivo da RAS compreende os modelos de atenção à saúde, os quais articulam as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos; os focos das intervenções e os distintos tipos de intervenções sanitárias, que são definidos em função das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em dado tempo e sociedade. (MENDES, 2009).

O Ministério da Saúde trabalha com construção de redes temáticas prioritárias, a saber: **Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)**; Rede Cegonha (atenção obstétrica e neonatal); Rede de Atenção Psicossocial (enfrentamento de drogas); Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2014).

Para instituir uma rede que atenda com resolutividade às principais necessidades de saúde dos usuários, na área de urgência e emergência, é fundamental a consideração acerca de o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, o qual evidencia alta morbimortalidade entre jovens até 40 anos relacionada às violências e acidentes de trânsito e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade devido a doenças do aparelho circulatório, como o IAM e o AVC. (BRASIL, 2013d; ALMEIDA, 2013).

A RUE, instituída por meio da Portaria GM/MS 1600/2011, divide a assistência às Urgências e Emergências em elementos: i) pré-hospitalar fixo; ii) pré-hospitalar móvel; iii) hospitalar; e iv) pós-hospitalar. (BRASIL, 2011).

O elemento pré-hospitalar fixo contempla a atenção básica ou primária tendo esta o objetivo de ampliação do acesso, e no âmbito da urgência e emergência é considerada o primeiro ambiente de cuidado adequado, até o encaminhamento a outros pontos de atenção; os ambulatórios especializados são considerados como a atenção secundária em saúde, onde se desenvolve consultas especializadas; os serviços de apoio terapêutico e diagnóstico, como clínicas, laboratórios de coleta, serviços de imagens; e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são direcionadas ao atendimento de complexidade intermediária, realizam estabilização do paciente e diagnóstico inicial, definindo a necessidade de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (BRASIL, 2011).

O componente pré-hospitalar móvel envolve o SAMU e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências (CRMU), tem como objetivo desenvolver transporte adequado e atendimento precoce à vítima após a ocorrência de um agravo à saúde. (BRASIL, 2011).

O componente hospitalar contempla os leitos gerais, especializados, de retaguarda e sala de estabilização; e, no componente pós-hospitalar encontram-se os hospitais-dia, serviços de reabilitação e atenção domiciliar. (BRASIL, 2011).

A constituição da RUE se dá a partir de três critérios: (i) utilização de protocolo de classificação de risco que define o fluxo de encaminhamento, os quais são desenhados e pactuados coletivamente entre todos os atores dos serviços e níveis de atenção, e compartilhados por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte de usuários até o destino

pactuado; (ii) compartilhamento das regras com as estruturas logística, como CRMU e o SAMU, os quais têm responsabilidade compartilhada pelos resultados; e (iii) informatização dos processos. (CORDEIRO JÚNIOR; MAFRA, 2008).

A complexidade da RUE se configura pelo atendimento de distintas condições de saúde, como as clínicas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas, pediátricas, psiquiátricas, entre outras, em diferentes pontos de atenção, de modo a dar efetividade às ações necessárias ao atendimento de usuários em situação de urgência e emergência, ampliando e qualificando o seu acesso aos serviços. (BRASIL, 2013; LANCINI, 2013).

Por conseguinte, a RUE requer integração das ações de seus componentes, as quais devem ser articuladas e transversais. Destacam-se o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. (BRASIL, 2013).

Dentre os equipamentos de saúde da RUE, incluem-se o SAMU, a CRMU; a UPA, Sala de Estabilização (SE), a Atenção Hospitalar e a Atenção Domiciliar. (LANCINI, 2013; BRASIL, 2012).

O SAMU visa ordenar o fluxo assistencial, apresentando-se como fundamental no atendimento precoce, transporte rápido e resolutivo às vítimas de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras. A CRMU é acessada pelo telefone número “192”, a qual aciona o envio veículos com equipe capacitada. (BRASIL, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde correspondentes ao ano de 2014, 49,2% (2.745) municípios possuem acesso ao SAMU, com 181 CRMU, resultando em uma cobertura populacional de 72,4% (140.490.698 habitantes). O custo anual destes serviços é de aproximadamente 884 milhões. (BRASIL, 2014).

A CRMU faz parte da conjuntura do SAMU, definida como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM), e Rádio-Operadores (RO), os quais são habilitados em regulação das ligações telefônicas que necessitem de orientação e/ou atendimento de urgência, mediante classificação das necessidades de assistência em urgência. A CRMU também coordena o fluxo das referências e contra referências dentro da RAS. (BRASIL, 2013).

As unidades móveis do SAMU podem ser de mobilidade terrestre, aérea ou aquática. Entre as terrestres, há viaturas tripuladas por condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem, denominada Unidade de Suporte Básico de Vida (USB); e, viatura tripulada, no mínimo, por um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico, denominada Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA). (BRASIL, 2012).

Há também o Veículo de intervenção rápida (VIR) tripulado por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. E ainda, o município pode contar com a Motolância, motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motocicleta.

A unidade móvel aérea é a equipe de aeromédica, com aeronave composta por, no mínimo, um médico e um enfermeiro.

A Equipe de embarcação (lancha) é composta de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, conta com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida. (BRASIL, 2012).

Para o atendimento às urgências e emergências os profissionais se baseiam no Protocolo Nacional de Intervenções para o SAMU-192, o qual foi constituído por meio da análise das experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolo e por meio da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional de cada categoria envolvida no atendimento. Tal protocolo foi lançado pelo MS em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, e contempla a abordagem das modalidades de suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV). (BRASIL, 2014).

Outros equipamentos da RUE são as UPA, instituídas pela Portaria 1601/2011. São estruturas de complexidade intermediária – entre as UBS, ESF e a Rede Hospitalar. Uma UPA deve funcionar durante 24 horas, em todos os dias da semana. Como elemento da RUE, tem pactos e fluxos previamente estabelecidos, com finalidade de garantir o acolhimento aos usuários, intervir em sua condição clínica e realizar contra referência aos demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica,

especializada ou internação hospitalar, favorecendo a continuidade do tratamento. (BRASIL, 2011b).

A Sala de Estabilização (SE) tem finalidade de atender às necessidades de estabilização do paciente grave/crítico em municípios distanciados ou isolados geograficamente. Poderá estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em Hospitais de Pequeno Porte, UBS ou unidade mista. Também deve funcionar 24 horas, em todos os dias da semana; com equipe multidisciplinar, a qual deve utilizar protocolos clínicos; classificação de riscos e possuir procedimentos administrativos adotados pelo gestor responsável. (BRASIL, 2011d).

Na SE o enfermeiro desenvolve prestação de cuidado direto, além da manutenção dos equipamentos e materiais necessários para o atendimento, mesmo em ações exclusivas do médico é exigida a colaboração dos enfermeiros. (BASTOS; MACHADO; SOUZA, 2008). Assim, faz-se necessário o enfermeiro desenvolver habilidades excepcionais para dar conta do trabalho, imbuído da sistematização da assistência, raciocínio crítico, comunicação, trabalho em equipe e conhecimento dos protocolos.

O componente da Atenção Hospitalar na RUE foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395/2011. Constitui-se de portas hospitalares de urgência e emergência; enfermarias de retaguarda clínica; leitos de cuidados intensivos; serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório. Tal organização está em consonância com as linhas de cuidado prioritárias voltadas ao IAM aprovada por meio da Portaria 2.994/ 2011; e ao AVC instituída pela Portaria 665/2012 e traumatologia**.** (BRASIL, 2013). Salienta-se que as linhas de cuidado do IAM e o AVC estão contempladas no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de 2011 à 2022, o qual define e prioriza as ações e os investimentos direcionados para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos. (BRASIL, 2011c).

Por fim, o componente denominado Atenção Domiciliar constitui-se de um conjunto de ações integradas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que acontecem no domicílio, sendo compreendido como nova modalidade de atenção à saúde que ocorre no território e reorganiza o

trabalho das equipes, e que desenvolve a assistência domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (BRASIL, 2011a).

A implementação da RUE se dá por cinco fases orientadas pelo Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal, estas também orientam o **monitoramento e a avaliação**, que serão realizados pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011a).

A operacionalização da RUE segue cinco fases definidas pela Portaria 1600/2011, apresentadas no Quadro 1.

QUADRO 1 - FASES DE OPERACIONALIZAÇÃO DA RUE

	Fases	Instâncias envolvidas
1ª. Fase	Adesão, diagnóstico e aprovação inicial da implementação da RUE	Comissão Intergestores Bipartite (CIB); Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES); Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde.
2ª. Fase	Desenho Regional da Rede	Comissão Intergestores Regional (CIR) ; Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), Secretaria de Saúde Estadual.
3ª. Fase	Contratualização dos Pontos de Atenção	Gestores (União, Estados, Distrito Federal ou Município).
4ª. Fase	Qualificação dos Componentes	Gestores (Município ou do Estado).
5ª. Fase	**Certificação**	Ministério da Saúde e gestores do SUS.

FONTE: Adaptado e modificado (BRASIL, 2011a)

Após a aprovação inicial da implementação da RUE, ocorre a segunda fase, a do Desenho Regional da Rede, em que são analisados os serviços de atendimento às urgências, por meio de dados primários, como demográficos e epidemiológicos; dimensionamento da demanda e oferta dos serviços disponibilizados; elaboração e aprovação do Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico dos componentes da Rede; e elaboração dos Planos de Ação Municipais integrantes da Comissão Intergestores Regional (CIR), em consonância com o Plano de Ação Regional. (BRASIL, 2011a).

Na terceira fase, a Contratualização dos Pontos de Atenção é estabelecida por instrumento legal entre o gestor local do SUS (município ou estado), que institui o repasse financeiro mediante pactuação de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de acordo com o Plano de Ação Regional e Municipal. (BRASIL, 2011a).

A fase de qualificação dos componentes se dá por cumprimento de critérios técnicos, e a quinta fase é a Certificação, a qual será concedida pelo MS aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação de todos os componentes da RUE, com **avaliação periódica**. (BRASIL, 2011a).

Uma vez implantada a RUE, pactuados os objetivos, metas, fluxos de atendimento e mecanismos de integração e articulação dos diferentes componentes, é indiscutivelmente necessário que a gestão **avalie, continuamente, se os componentes estão realizando o que foi planejado para atender as necessidades da população**, considerando seus aspectos demográficos, epidemiológicos e demanda por serviços.

A Portaria 1864/03, além de instituir o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação do SAMU 192 e da CRMU, relaciona como se dará o **acompanhamento e avaliação das ações**, definindo uma lista de indicadores de desempenho a serem sistematicamente produzidos e avaliados. A Portaria 1010/2012 redefine as diretrizes para a implantação do SAMU, e da CRMU, trazendo uma atualização destes indicadores a serem produzidos (BRASIL, 2012) conforme traz Quadro 2.

QUADRO 2 - INDICADORES DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITLAR

Número geral de ocorrências atendidas no período
Tempo mínimo, médio e máximo de resposta
Identificação dos motivos dos chamados
Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB)
Localização das ocorrências
Idade e sexo dos pacientes atendidos
Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento
Pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2012).

2.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇO DE SAÚDE

Em meados de 1960, Donabedian (1966) propôs a tríade para avaliação da qualidade em saúde, a saber: estrutura, processo e resultado.

A estrutura diz respeito às condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá, tais como equipamentos, recursos humanos, instalações e insumos. (DONABEDIAN, 1990).

Sendo assim, a estrutura compreende as características e a distribuição de equipamentos e serviços; a quantidade e qualificação dos recursos humanos; e a forma como a atenção é organizada, financiada e fornecida. São características relativamente mais estáveis do serviço de saúde. (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Os processos aludem aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, e relacionam-se a tudo que intercede na relação profissional-usuário. (COSTA, 2009). São definidos como o conjunto de atividades que acontecem entre a equipe de saúde e pacientes, englobando o componente técnico do cuidado: procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas, bem como, a relação interpessoal. (DONABEDIAN, 1978).

Donabedian (1978) trata a qualidade do cuidado em saúde sob dois aspectos: (i) desempenho técnico que se constitui na aplicação do conhecimento profissional e tecnologia médica, de maneira a elevar ao máximo os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências do cliente; e (ii) relacionamento interpessoal entre trabalhador e paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as suas expectativas e necessidades.

Consequentemente, na avaliação de processos deve-se realizar um diagnóstico do comportamento dos serviços em relação à população que deles necessita e os utiliza. (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Atualmente, no Brasil, existem protocolos de avaliação de indicadores de processos em diversas áreas da saúde. Dentre eles pode-se citar o protocolo que aborda a correta identificação do paciente para redução da

ocorrência de incidentes. Este protocolo traz como indicador de processo o número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente. (BRASIL, 2013b). Outro protocolo intitulado Segurança na Prescrição, uso e Administração de medicamentos traz o indicador Taxa de erros na dispensação de medicamentos. (BRASIL, 2013c).

Os resultados estão relacionados às modificações na situação de saúde dos indivíduos, em se tratando da assistência médica. (COSTA, 2009). Embora Donabedian (2003) considere que a avaliação de processos seria a maneira mais direta de avaliação da qualidade do cuidado, Costa (2009) recomenda, na medida do possível, a articulação entre a abordagem de processos com a de resultados pelo fato de possibilitar um maior poder explicativo ao desenho de uma avaliação.

O resultado se constitui no produto final da assistência, como melhorias nos indicadores de saúde e satisfação das expectativas dos usuários. (DONABEDIAN, 1978). A avaliação de resultados possui a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo, assim, servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da “estrutura” quanto do “processo”. (DONABEDIAN, 1990).

Por outro lado, existem algumas limitações para o uso dos resultados como critério para medir a qualidade, tais como: a influência de outros fatores fora da condição de saúde, que teriam que se manter constantes; os longos períodos de tempo, até décadas para que os resultados sejam evidentes; a indisponibilidade destes dados para comparação; a inefetividade da tecnologia na saúde e, por fim, o desconhecimento dos índices de sucesso. Por exemplo, a “mortalidade” parece um resultado fácil e óbvio, mas é discutível se a prolongação da vida em determinadas situações é evidência de boa prática. (DONABEDIAN, 2003).

Ainda que os métodos de avaliação sejam indispensáveis ao aperfeiçoamento das ações, pois possibilita a análise das potencialidades e fragilidades de aspectos da estrutura, processos e resultados. (VITURI *et al.*, 2013). Donabedian afirma que a consciência e o desenho dos sistemas são importantes para os profissionais de saúde, mas não totalmente satisfatórios. A dimensão ética é essencial para o sucesso do sistema que monitorará a qualidade. (DONABEDIAN apud MULLAN, 2001).

O controle de qualidade da assistência é um importante campo de atuação para a enfermagem, sendo identificado nos primórdios da profissão, com Florence Nightingale. Na enfermagem existe a preocupação em assegurar procedimentos de forma sistematizada, apoiados no raciocínio lógico-crítico. Assim, para avaliar é necessário embasar-se em informações fidedignas em que se traduzam a realidade da assistência e sua organização com vistas à comparabilidade, conferindo-se quando os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos. O pilar do processo avaliativo no âmbito da enfermagem se dá por meio de indicadores, podendo estes serem, de estrutura, processos ou de resultados. Para se operacionalizar o seu uso, deve-se desenvolver critérios de avaliação com padrões para mensurar/ comparar a qualidade do cuidado. (CALDANA *et al*., 2011).

2.4. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE PROCESSOS E RESULTADOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL PRÉ-HOSPITALAR

A avaliação nos serviços de saúde pode ser considerada um processo para subsidiar informações para a qualificação da assistência e tomada de decisões.

Na busca por literatura indexada nas bases *Medline* e *Cinahl* objetivou-se analisar na produção científica nacional e internacional sobre possibilidades de avaliação de processos e resultados dos serviços de atendimento móvel pré-hospitalar. Foram contemplados artigos do período de 2010 a 2014, e selecionados 12 artigos (nenhum realizado no Brasil).

O Quadro 03 descreve as características destes estudos, quanto ao local, objetivos, tipo de estudo e amostra e de indicadores de processo (IP) e resultados (IR).

Estudos considerados como de avaliações pautadas em indicadores de processos trataram de diferentes abordagens de tempo no atendimento pré-hospitalar, tais como: tempo de despacho da ambulância (desde a chamada, com fornecimento de orientações e liberação da ambulância); tempo resposta (tempo entre a chamada telefônica para o serviço de urgência até a chegada da ambulância à cena); tempo de atendimento pela

equipe (em cena); tempo de transporte (do local da cena até o centro de referência); tempo pré-hospitalar (a somatória do tempo resposta, tempo de atendimento e de transporte); tempo de transporte por helicóptero.

Além do tempo, outros indicadores utilizados na avaliação de processos do serviço de atendimento móvel pré-hospitalar foram referidos na literatura descrita, tais como: atraso no atendimento pré-hospitalar; descompensação clínica ocorrida durante o transporte; triagem da regulação médica; índice de gravidade (severidade do trauma); necessidade de intervenção, a exemplo do uso do Suporte Avançado de Vida- SAV, medicações, intubação endotraqueal e inserção de dreno de tórax.

Entre os estudos considerados como de avaliações pautadas em resultados, encontraram-se os seguintes indicadores: tempo de recuperação do paciente; tempo de ressuscitação pré-hospitalar; nível de consciência de pacientes com AVC na admissão; relação entre a atuação da equipe médica móvel e a mortalidade; relação entre o tempo resposta e a mortalidade; mortalidade; e mortalidade nas primeiras 24 horas após internação (relacionado ao transporte).

QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS QUE AVALIARAM PROCESSOS E RESULTADOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL PRÉ-HOSPITALAR (2010-2014)

AUTORES, ANO, PAÍS	**OBJETIVOS**	**TIPO DE ESTUDO /AMOSTRA**	**INDICADORES DE PROCESSO E RESULTADO**
Sema et al.(2010)/ Holanda	Avaliar a relação entre equipe médica móvel, mortalidade e tempo em cena.	Prospectivo/ 1.054 pacientes de trauma que sofreram reanimação	IP: tempo em cena; escores de gravidade das lesões; taxas de intervenção; IR: relação entre a atuação da equipe médica móvel e a mortalidade
Paravar et al., (2014)/ Irã	Avaliar tempo resposta, na cena e de transporte no APH	Retrospectivo/ 2.000 pacientes vítimas de trauma	IP: tempos resposta, em cena, de transporte; e as intervenções; IR: evolução intra-hospitalar (mortalidade)
Blanchard et al. (2012)/ Canadá	Associar tempo resposta com mortalidade	De coorte, retrospectivo/ 7.760 chamadas de APH	IR**:** relação entre o tempo resposta e a mortalidade.
Fjaeldstad et al. (2013)/ Dinamarca	Avaliar o transporte de helicóptero e o tempo de tratamento.	Prospectivo/ 112 pacientes com IAM	IP:tempo de transporte.
Hendrika et al. (2011)/ EUA	Investigar os efeitos das barreiras de linguagem no envio de ambulância à cena	Qualitativo/ 367 chamados telefônicos.	IP: tempo de despacho da ambulância.
Garwe et al. (2011)/ EUA	Avaliar o transporte para um centro de trauma .	De coorte, retrospectivo/ 2.062 pacientes	IP:tempo de atendimento (em cena)
Kulla et al. (2012)/ Alemanha	Avaliar tempo de intubação no APH e a colocação de dreno de tórax	Retrospectivo/ 24 540 pacientes adultos	IR: tempo de ressuscitação pré-hospitalar
Fatovich et al./(2011) Austrália	Analisar o efeito da distância no atendimento a pacientes de traumas	Retrospectivo/ 1.328 pacientes de grande trauma	IP:tempo de transferência de paciente da área rural pelo Serviço Médico aéreo;/IR:mortalidade
Eckstein et al. (2010)/ EUA	Examinar a segurança e viabilidade de transporte de pacientes direto para a unidade de emergência.	Retrospectivo/15.938 pacientes atendidos por organização de gerenciamento do cuidado.	IP:intervenção (apoio ventilatório, medicações, exames);IR: mortalidade nas primeiras 24 horas.
Brown et al. (2010)/ EUA	Comparar resultados dos pacientes após o transporte do local do ferimento por helicóptero e transporte terrestre.	Quantitativo/ 258.387 pacientes	IP:tempos pré-hospitalares; indicadores de gravidade e severidade;/ IR: proporção de sobreviventes nas 24 horas após o transporte
Ohwaki et al. (2013)/ Japão	Analisar o impacto do atraso pré-hospitalar relacionado com o nível de consciência na admissão de pacientes	Retrospectivo/ 712 pacientes com diagnóstico de AVC	IP: atraso no atendimento pré hospitalar; / IR: nível de consciência na admissão

FONTE: A autora (2017)

O tempo é a variável mais abordada pelos estudos apontados, devido a sua relevância na avaliação de serviços móveis de urgência. Vários tipos de tempo são contabilizados, dependendo do foco e das características do serviço.

No estudo de Sema *et al.* (2010) foi identificado um aumento na média do tempo de atendimento (tempo em cena) de 2,7 minutos relacionado ao atendimento por equipe médica móvel (26,1 min), em comparação ao atendimento realizado apenas pela equipe de enfermagem (23,4min). As equipes médicas móveis foram incluídas para prestar atendimento especializado na cena. No entanto, este cuidado adicional pode prolongar o tempo em cena, que está relacionado com a mortalidade. A mortalidade foi significativamente maior no grupo que envolveu a equipe médica no atendimento (9,9%), em comparação com pacientes atendidos sem envolvimento da equipe médica (2,7%), ainda que não foram encontradas associações entre o envolvimento da equipe médica móvel com maior mortalidade; foram também significativamente mais elevados os escores de gravidade das lesões e taxas de intervenção em pacientes assistidos pela equipe médica móvel.

Nesta mesma perspectiva, outro estudo (PARAVAR *et al.,* 2014), desenvolvido no Irã, os autores analisaram a média de três tempos: tempo resposta (tempo após a chamada telefônica à chegada da ambulância à ocorrência) com média de 6,6 min; tempo de atendimento (em cena), com média de 11,1 min e tempo de transporte (transporte do local da cena até o centro de referência) com média de 12,8 min. Os autores concluíram sobre a associação entre o maior tempo de transporte (>10min) com os piores resultados e maior risco de morte. Intervenções de SAV foram aplicadas em pacientes com lesões graves e associados a maior tempo de atendimento. A mortalidade intra-hospitalar foi mais recorrente em pacientes com lesões graves e tempo de transporte pré-hospitalar maior. O tempo hospitalar é denominado pela junção dos três tempos: resposta, de atendimento e transporte.

Blanchard *et al*. (2012) também obtiveram em seu estudo evidências de associação entre o tempo resposta com a mortalidade. Entre os 7.760 participantes no estudo, o transporte de 1.865 (24%) deles apresentou, em média, tempo resposta igual ou superior a 8 minutos. Entre estes pacientes, 7,1% entraram em óbito, comparando com 6,4% pacientes com um tempo resposta de ≤7 minutos e 59 segundos (diferença de risco de 0,7). Os autores referem que a partir de estudos anteriores, há maior sobrevivência

após parada cardíaca pré-hospitalar quando se utiliza de ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação cardíaca em quatro e oito minutos, respectivamente. Assim, muitos sistemas de atendimento pré-hospitalar adotaram o tempo resposta de oito minutos para a chegada das unidades de suporte avançado de vida. (SHAH, 2006).

O tempo de transporte de helicóptero foi abordado pelo estudo de Fjaeldstad *et al*. (2013). O estudo evidenciou que após a implantação do uso do helicóptero, houve diminuição no tempo de transporte de pacientes com IAM de 102 minutos para 84 minutos, e para paciente com trauma grave de 322 minutos para 97 minutos.

O estudo de Hendrika *et al.* (2011) constatou que, em média, o tempo de despacho da ambulância (desde a chamada, com fornecimento de orientações e liberação da ambulância) com Suporte Básico de Vida (SBV) é 33% maior quando há barreira linguística. Para o envio de ambulância de SAV o aumento foi de 43% maior quando houve barreira linguística. A utilização da interpretação para auxílio na barreira de linguagem nas ligações telefônicas aumentou o tempo para envio de SBV em 82%. O mesmo aconteceu com o envio da ambulância SAV, com aumento em 125%.

A avaliação do envio de transporte para um Centro de Trauma de Nível I (CTN-I) foi realizada pelo estudo de Garwe *et al.* (2011). Do total de 2.062 pacientes, 1.459 (71%) foram transportados diretamente da cena da ocorrência para o CT-I com tempo médio de atendimento em cena de 15 minutos, e 603 (29%) foram transferidos de uma Unidade Intermediária para o CTN-I no prazo de 24 horas após a lesão, com tempo de atendimento (em cena), em média, de 18 minutos. Os pacientes mais propensos a serem transportados diretamente para um CTN-I foram os que apresentaram ferimento penetrante (ferimento por arma branca ou por arma de fogo); necessidade de algum tratamento de feridas; menores escores de fatores fisiológicos, que indicassem um possível ferimento em crânio; foram assistidos no local por uma ambulância de SAV) em vez de um de SBV; ou estavam envolvidos em acidente de trânsito.

No estudo de Kulla *et al.* (2012) três grupos de vítimas que necessitaram de intubação endotraqueal e dreno de tórax foram

comparados. O primeiro grupo recebeu intubação endotraqueal e dreno de tórax em cena (AA). O segundo recebeu intubação endotraqueal no ambiente pré-hospitalar e dreno de tórax em ambiente hospitalar (AB). E o terceiro grupo recebeu os dois procedimentos em ambiente hospitalar (BB). O tempo de ressuscitação no pré-hospitalar do primeiro grupo (AA) foi maior com 80.6 minutos; o do grupo (AB) foi de 77.6 minutos e do grupo (BB) foi de 65.6 min. O tempo de ressuscitação geral (desde a ocorrência do acidente até o final do tratamento no hospital) foi igual para todos os três grupos (152.659 min vs 151.662 min vs 148.668 min; p¼0.07). Os autores concluíram que a intubação endotraqueal e o dreno de tórax no período pré-hospitalar não prolongam o tempo total de ressuscitação para pacientes gravemente feridos.

Em estudo desenvolvido na Austrália, Fatovich *et al*. (2011) analisaram o efeito da distância no atendimento a pacientes com grandes traumas, transferidos pelo serviço aéreo. Comprovaram que o risco de morte aumenta à medida que aumenta o afastamento, incluindo resultados de regiões pouco remotas (média de 2,25); remotas (média de 4,03); e muito remotas (média de 4,69). Concluíram também que o risco de morte aumenta em 87% para cada 1.000 km de vôo. Consequentemente, a distância pode prejudicar a recuperação do paciente, causando desordens fisiológicas, como acidose, hipoxemia e coagulopatia. Apesar de longos tempos de recuperação, não houve óbitos em vôo.

No estudo de Eckstein *et al.* (2010), os autores avaliaram a segurança e viabilidade de transporte de pacientes para a emergência da Organização de Gerenciamento de Cuidado (OGC), ou para outra Unidade de Emergência. Entre os 15.938 pacientes sob gerenciamento de cuidado que foram transportados pelo serviço de atendimento móvel, 66% (10.532) foram transportados por uma USA diretamente para o serviço de emergência da OGC, apresentando um tempo de transporte médio de 10,4min (± 3,2 min). Este tempo foi comparado com o de transporte de todos os pacientes (8,6 min ± 2,1).

As intervenções mais realizadas no ambiente pré-hospitalar foram administração de medicamentos a 1.849 (11,6%) pacientes, dentre os quais foram: nitroglicerina (19,7%), albuterol (8,3%), e aspirina (5,9%). Os

procedimentos de SAV mais realizados foram: acesso intravenoso (65%); electrocardiograma; e medição de monitorização (40%). Nenhum paciente necessitou de suporte ventilatório no campo. Um total de 5.072 (31,8%) pacientes foram admitidos no hospital, dos quais 12 (0,2%) entraram em óbito, nenhuma morte foi considerada evitável. (ECKSTEIN *et al.* 2010).

Em um estudo desenvolvido no EUA, Brown *et al*. (2010) compararam os resultados dos pacientes após o transporte do local da ocorrência por helicóptero e transporte terrestre. Os pacientes vítimas de trauma transportados por helicóptero eram mais graves, de acordo com o Escore de Severidade, sendo assim, 43,5% deles foram admitidos em Unidades de Terapia Intensiva, e tiveram tempo de transporte mais longos, sendo necessários mais recursos hospitalares do que aqueles transportados por terra. Os pacientes transportados por helicóptero estiveram mais predispostos a sobreviver após o tratamento quando comparados com aqueles transportados por terra. Concluiu-se que o transporte por helicóptero impacta de maneira positiva nos resultados do atendimento pré-hopitalar.

E por fim, um estudo do Japão (OHWAKI *et al.*, 2013), abordou o atraso pré-hospitalar associado à diminuição dos níveis de consciência de pacientes acometidos por AVC na admissão em uma UTI. Os autores concluíram que pelo fato de o nível de consciência ser preditor de resultado, a redução dos atrasos pré-hospitalares é necessária a fim de que sejam obtidos os melhores resultados para pacientes com AVC grave.

Observa-se que tais estudos que avaliam aspectos da qualidade do atendimento pré-hospitalar somente foram possíveis em decorrência da existência de uma base de dados no serviço, provavelmente alimentada por registros de atendimentos realizados.

Considera-se a relevância do atendimento pré-hospitalar fundamentado em protocolos nacionais e internacionaos e na PNAU. Destaca-se pois, como imprescindível a avaliação de processos e resultados do atendimento realizado pelo SAMU, para que viabilizem indicadores gerenciais do desempenho deste serviço, úteis para que a gestão monitore e avalie a sua qualidade, e seja proativa no desenvolvimento de ações para aprimorá-la.

2.5. FISIOPATOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E OS PROTOCOLOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A VÍTIMAS DESTE AGRAVO.

Atualmente, o AVC é a maior causa de morte no mundo e a principal doença incapacitante em adultos. (PAULO *et., al* 2009), com uma projeção epidemiológica de que em 2030 haja 7,8 milhões de mortes decorrentes de AVC em todo o mundo. (LOTUFO, 2005).

Ainda que exista uma diminuição do índice de mortalidade do Brasil, o AVC se apresenta como a primeira causa de morte e incapacidade no país, com incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2013).

No ano de 2013, foi registrado no país 26.436 internações relacionadas ao ataque isquêmico transitório (AIT) e 130.278 internações relacionadas ao AVC, sem especificá-lo em isquêmico ou hemorrágico. (BRASIL, 2014).

Sabe-se que o acidente vascular pode ocorrer em qualquer estrutura encefálica (GAGLIARDI, 2010), como no cérebro, cerebelo ou bulbo raquidiano. (MACHADO; HAERTEL, 2013).

O AVC é definido pelo comprometimento súbito da função cerebral, acarretando inúmeras alterações histopatológicas que envolvem um ou vários vasos sanguíneos intracranianos ou extracranianos. Tal acometimento pode ser classificado como hemorrágico ou isquêmico, sendo este último o mais frequente, representando em torno de 85% dos casos. (DONNAN et al., 2008).

A circulação cerebral mais comumente afetada (80% dos casos) é a anterior ou carotídea. Nestes casos os pacientes costumam apresentar hemiplegia contralateral - com comprometimento predominante de membros superiores. Dependendo do grau do edema cerebral, pode haver rebaixamento do nível de consciência e coma. (YEW; CHENG, 2009).

Decorrente desta importante epidemiologia, houve movimentos nacionais para a melhoria da assistência ao AVC, assim foi instituída a Linha do Cuidado do AVC, pela Portaria MS/GM nº 665/ 2012, apresentando-se como parte integrante da RUE. (BRASIL, 2012). Em âmbito nacional,

ocorreu a união de esforços entre MS, Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDC) e outras parcerias para que se desenvolvesse o Manual de Rotinas para Atenção ao AVC, tendo como intuito qualificar profissionais da Atenção Básica (AB), ambulatórios, SAMU, Sala de Estabilização, UPA, bem como unidades hospitalares. (BRASIL, 2013e). O atendimento do SAMU ao AVC é norteado pelo Protocolo SAV- direcionado ao AVC, o qual traz a abordagem pré-hospitalar quando ocorre situação que indicam a ocorrência de um AVC. (BRASIL, 2014).

Tais protocolos apresentam ferramentas para auxiliar na avaliação adequada e rápida de um possível AVC, para isto utilizam-se diversas escalas, como: *Glasgow, Cincinnati, Los Angeles* (BRASIL, 2013e), *National Institute of Health Stroke Scale (NIH);* Escala de *Hunt & Hess; Escala de Rankin* (avaliação funcional); Índice de *Barthel* modificado.

Em um estudo associou-se os componentes pré-hospitalares da PNAU, a ESF e o SAMU, e indicadores de mobimortalidade por AVC e por IAM em uma população idosa. Constatou-se o efeito benéfico na cobertura da ESF sobre a mortalidade por AVC para o sexo masculino e feminino, e na presença do SAMU houve efeito benéfico sob a mortalidade por AVC para o sexo masculino. (LUIZ; JUNGER; CAVALINI, 2010).

Tendo em vista a relevância epidemiológica desta doença, e os esforços do MS e outras instituições para a melhoria da assistência, faz-se necessário avaliar o grau da qualidade do atendimento ao AVC por meio de um instrumento norteado por protocolos nacionais e literatura internacional direcionada ao AVC e ao atendimento pré-hospitalar móvel. Desta forma pode-se programar melhorias ou redirecionamento de ações, e repensar na prática para alcançar o mais alto nível de qualidade.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Neste capítulo esta o método que orientou o desenvolvimento desta dissertação, objetivando: caracterizar o tipo de pesquisa, o método de procedimento, seus participantes, a coleta e análise de dados.

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, do tipo metodológica.

A opção de pesquisa metodológica foi definida pelo fato que esta modalidade de investigação viabiliza o alcance dos objetivos desta pesquisa, uma vez que possibilita a construção e a validação de um instrumento de pesquisa, na medida que se refere à investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados. (POLIT; HUNGLER, 2004).

Há necessidade de extenso conhecimento relativo ao tema da pesquisa, uma vez que as pesquisas metodológicas enfatizam os aspectos quantitativos, o objeto do estudo, e não contemplam revisão de literatura aprofundada sobre a temática. Além disso, os procedimentos de coleta, o tipo de validação e de análise necessitam ser minuciosamente detalhados, explicitando-se os testes estatísticos utilizados. (CROZETA *et al.*, 2013).

Busca-se, por meio da abordagem quantitativa, obter características da experiência humana passíveis de serem mensuradas, valendo-se de procedimentos sistemáticos e estruturados para coletar os dados com intuito de alcançar representatividade numérica com rigor científico. (POLIT; HUNGLER, 2004).

Nesta lógica, a abordagem quantitativa nesta pesquisa desenvolveu-se por meio da aplicação da Técnica Delphi eletrônica direcionada a especialistas, que atuaram como painelistas, contribuindo com a sua opinião balisada por sua expertise, na validação de um instrumento para Avaliar a Qualidade de Processos e Resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, relacionados ao Acidente Vascular Cerebral, denominado AQPR/SAMU-AVC.

A validação de um instrumento alude ao grau de evidências em que este mede o que se propõe a medir. Pode-se avaliar um instrumento de

acordo com a sua validade de conteúdo e, ou de constructo. A validade de conteúdo focaliza a adequação da amostragem da área do conteúdo a ser medida, serve para avaliar o quão representativos são os itens do instrumento dentro do universo de todos aqueles itens que poderiam ser elaborados sobre tal assunto ou tema. A avaliação não está baseada em métodos objetivos que garantam uma cobertura adequada de um instrumento, mas sim em critérios empregados pelos especialistas, individualmente. (POLIT; HUNGLER, 2004).

Este método atém-se a verificar se as questões ou itens abordados no instrumento, e o instrumento em si, vão adequadamente representar o universo do que se estuda, ou o domínio do que se estuda. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Um subtipo da validação de conteúdo é a validade de rosto ou aparente/aparência, segundo a qual se verifica de forma subjetiva, por meio da opinião de especialistas, a legibilidade e a clareza de conteúdo do instrumento. (LOBIONDO – WOOD; HABER, 2001).

Já a validade de constructo de um instrumento está relacionada à sua mensuração teórica, isto é, busca-se validá-lo por meio de constructos elaborados para mensurar um conceito específico. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A primeira versão AQPR/SAMU-AVC foi elaborada pela autora com fundação teórica identificada na literatura nacional e internacional pertinente ao tema da pesquisa, bem como em normativas do MS relativas ao atendimento pré-hospitalar, com ênfase nos protocolos de Suporte Avançado de Vida (2014) que focalizam o atendimento ao Acidente Vascular Cerebral. Diante desta abordagem, optou-se por não realizar a validação do AQPR/SAMU-AVC em relação ao aspecto constructo, considerando que o referencial teórico foi qualificado.

Optou-se, pois, pela validação dos aspectos aparência, a clareza, e de conteúdo do AQPR/SAMU-AVC, e pelo aprimoramento da sua construção por intermédio do auxílio de especialistas, a fim de que o instrumento seja utilizado para a avaliação adequada da qualidade de processos e resultados no atendimento pré-hospitalar a vítimas do AVC.

A validade de instrumentos novos pode ser estimada mediante o uso da Técnica Delphi, uma vez que se trata de um método de procedimento sistematizado de julgamento de informações, o qual vislumbra a obtenção do consenso de opiniões por especialistas em determinado assunto, mediante sucessivas rodadas de aplicação de questionários e, subsequentemente, interpretação estatística. (SILVA; TANAKA, 1999).

Esse método de validação é utilizado em distintas áreas do conhecimento e em diferentes organizações, como instituições educacionais e governamentais, com ou sem fins lucrativos (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008), sendo apropriado para validações de instrumentos, como o AQPR/SAMU-AVC.

A Técnica Delphi é desenvolvida por meio de sucessivas rodadas de questionários direcionados a um grupo de especialistas (painelistas) no assunto em questão. A participação de 15 a 30 painelistas é suficiente para gerar informações relevantes. (GIOVINAZZO, 2001). O número de rodadas sucessivas é estabelecido pelo alcance de um nível satisfatório de convergência pré-determinado, sendo recomendada a realização de duas rodadas, no mínimo, para que o procedimento seja caracterizado como Técnica Delphi. (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Na primeira rodada de opiniões, o questionário é enviado aos painelistas com o propósito de obtenção de suas respostas, as quais serão contabilizadas e analisadas. As respostas para as quais forem obtidas convergências, com percentuais mínimos estipulados previamente pelo pesquisador, serão extraídas de modo que um novo questionário é elaborado pelo pesquisador para ser enviado ao grupo de painelistas, em uma nova rodada. Tal questionário conterá informações referentes aos resultados alcançados na primeira rodada. (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Na segunda rodada, cada painelista reavalia suas próprias respostas, considerando a análise estatística das respostas do grupo na primeira rodada, juntamente com as sugestões ou justificativas individuais de cada um deles. Em consequência disso, é possibilitado aos painelistas modificarem as suas respostas, caso desejarem, após as suas reflexões. Ao longo das rodadas, poderá ocorrer redução da divergência, e consequente obtenção de convergência ou consenso. Assim, enquanto não for alcançado

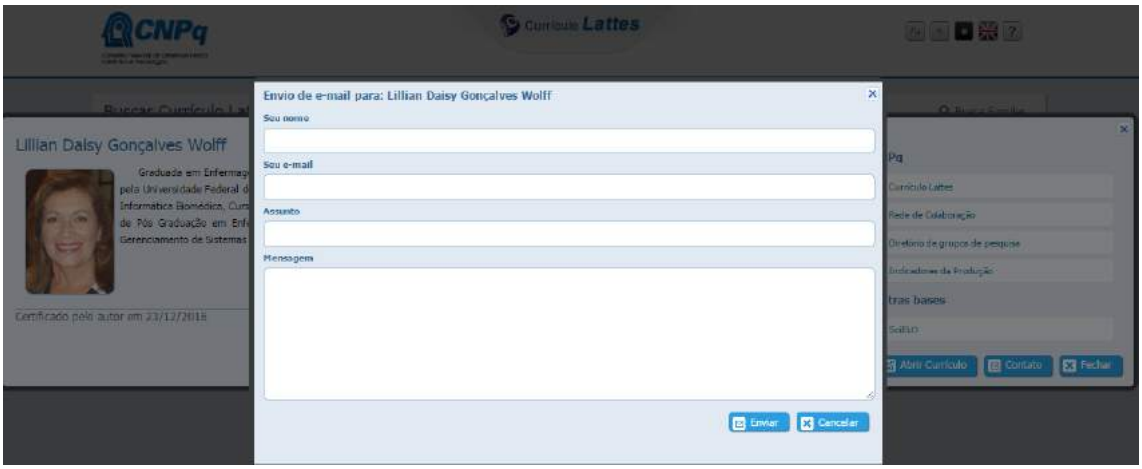
o percentual mínimo de convergência estipulado em todas questões, deverão ser realizadas novas rodadas, mediante o mesmo delineamento. (SCARPARO *et al.*, 2012). Utilizou-se como modelo operacionalização da Técnica Delphi o estudo de Mattei (2015).

3.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra da pesquisa foi intencional, e para o recrutamento foram constituídos dois grupos. Os painelistas foram selecionados consoantes duas modalidades: pesquisa na plataforma do Instituto Brasileiro de Informação, Ciência e Tecnologia (IBICT); e por meio da Técnica Bola de Neve.

O Grupo 1 foi constituído a partir dos seguintes critérios: ser profissional com título de mestre ou doutor, que orienta ou orientou dissertações/teses ou que seja autor de produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar. A busca para os integrantes deste grupo foi realizada por meio da Plataforma IBICT, acessando: Busca alternativa> dissertações/ teses, com aplicação do filtro ‘atendimento pré-hospitalar móvel’. Assim, obtiveram-se 49 dissertações correlatas ao tema em questão, variando entre os anos de 2001 a 2015, e foram obtidos os nomes dos orientadores. Estes pesquisadores foram recrutados a partir de um convite para participarem da pesquisa, o qual foi enviado por e-mail acessado no link de seus respectivos currículos na Plataforma Lattes. (FIGURA 1).

FIGURA 1 - EXEMPLO DO ACESSO AO E-MAIL DO PESQUISADOR MEDIANTE O LINK DO SEU CURRÍCULO NA PLATAFORMA LATTES



FONTE: Plataforma Lattes (2016)

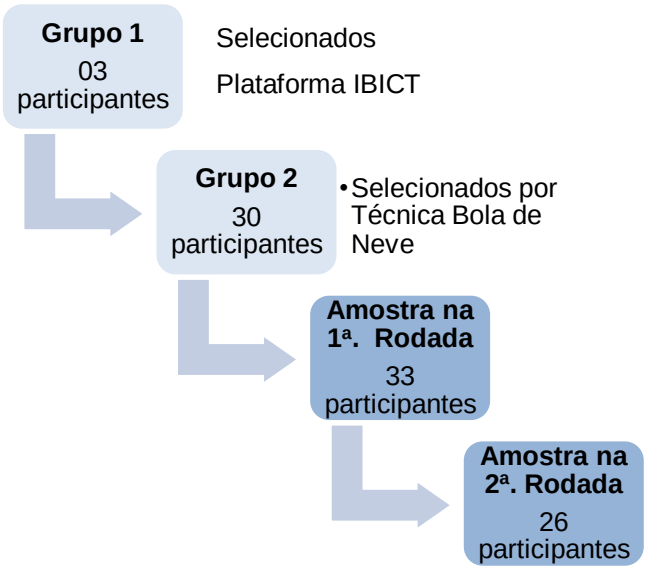
Dentre os 49 profissionais com título de mestre ou doutor, que orientaram dissertações/teses ou que são autores de produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar, três expressaram concordância em participar da pesquisa, e constituíram a amostra do primeiro grupo.

Os participantes do Grupo 2 foram selecionados também intencionalmente, segundo os seguintes critérios: ser enfermeiro docente na área de Urgência e Emergência ou enfermeiro assistencial que atue no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba. Todavia, a amostra foi obtida por meio da Técnica Bola de Neve, segundo a qual os membros iniciais de uma amostra identificam outros eventuais participantes que satisfaçam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. (POLIT; HUNGLER, 2004).

Os membros deste segundo grupo foram constituídos por dois docentes que atuam em disciplinas que se desenvolvem em serviços de urgência e emergência, e um enfermeiro assistencial que atua no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba. Estes iniciaram a Bola de Neve, indicando os demais profissionais para participarem da pesquisa. Ao todo, foram encaminhados 46 convites aos profissionais indicados mediante a Técnica Bola de Neve, sendo que 34 destes aceitaram participar da pesquisa. Destes foram excluídos quatro, por não condizerem com o critério de ser enfermeiro assistencial que atue no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba.

A amostra na primeira rodada constituiu-se de 33 participantes, sendo três do Grupo 1 e 30 do Grupo 2. A amostra na segunda rodada foi de 26 painelistas, sendo um do Grupo 1 e 25 do Grupo 2. (FIGURA 2).

FIGURA 2 - NÚMERO DE PARTICIPANTES NOS GRUPOS 1 E 2, E NAS AMOSTRAS, NAS DUAS RODADAS DA TÉCNICA DELPHI, CURITIBA, 2017



FONTE: A autora (2017)

3.3. QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Utilizou-se um questionário semiestruturado elaborado pela autora para a coleta de dados, que foi disponibilizado no Google Docs®, o qual contempla inicialmente uma seção que solicita informações sócio-demográficas, acadêmicas e de atuação profissional dos painelistas.

Salienta-se que as opções de campo de atuação disponíveis para os painelistas se autodeclararem foram: profissional docente e pesquisador; profissional pesquisador (trabalha especificamente com pesquisas); enfermeiro docente na área de Urgência e Emergência e enfermeiro da prática assistencial.

A outra seção do instrumento direciona-se à avaliação do AQPR/SAMU-AVC, contemplando questões referentes aos aspectos da validação da sua aparência, clareza, facilidade de aplicação e do conteúdo, considerando para cada aspecto o preenchimento de uma escala categórica ordinal de cinco pontos relativos aos critérios apresentados no Quadro 4.

QUADRO 4 - PONTUAÇÕES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC APLICADO AOS PAINELISTAS

PONTUAÇÃO	CRITÉRIO
1	Não adequado
2	Pouco adequado
3	Consideravelmente adequado
4	Adequado
5	Muitíssimo adequado

FONTE: A autora (2017)

3.4. DESENVOLVIMENTO DA TÉCNICA DELPHI

O desenvolvimento da Técnica Delphi nesta pesquisa ocorreu nas duas rodadas via e-mail, pelo sistema *Google Docs®.*

Na primeira rodada de avaliação do AQPR/SAMU-AVC foi encaminhado aos painelistas um *e-mail* (APÊNDICE 1) com informes sobre o início do processo da validação, no qual estava disponibilizado o *link* do *Google Docs*®, com o questionário a ser respondido (APÊNDICE 2). Em anexo ao *e-mail* estava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3), o resumo das etapas de validação por meio da Técnica Delphi (APÊNDICE 4) e o AQPR/SAMU-AVC-primeira versão a ser validado na sua primeira versão (APÊNDICE 5). A primeira rodada ocorreu no período de 17 de agosto a 6 de outubro de 2016.

As respostas dos painelistas na primeira rodada foram analisadas estatisticamente. Em relação às sugestões de melhorias ao AQPR/SAMU-AVC, após análise pela pesquisadora foi elaborado um parecer contendo as explicações sobre os itens que foram alterados e as justificativas para as sugestões que não foram acatadas.

A segunda e última rodada desenvolveu-se no período de 28 de novembro a 13 de dezembro de 2016 e foi planejada de modo que os painelistas pudessem comparar as duas versões do AQPR/SAMU-AVC. Foi enviado um *e-mail* da pesquisadora (APÊNDICE 6) com informações sobre a continuação do processo de validação do AQPR/SAMU-AVC, o *link* do *Google Docs*®, com o questionário reformulado (APÊNDICE 7), o

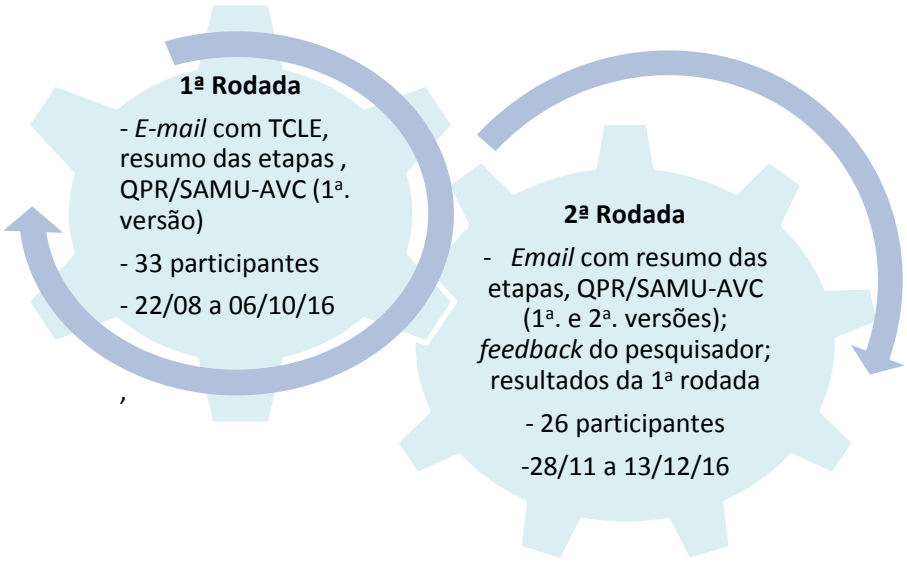
documento com o *feedback* da primeira rodada (APÊNDICE 8), e o instrumento AQPR/SAMU-AVC-segunda versão (APÊNDICE 9).

Após a devolução do questionário respondido pelos painelistas na segunda rodada, houve a organização dos resultados em tabelas no programa *Microsoft Excel*® 2010, e foram calculadas as frequências relativas e absolutas de cada item. Analisaram-se as sugestões para aprimoramento do AQPR/SAMU-AVC. Alguns itens retornaram à forma disposta na primeira versão do instrumento, outros se mantiveram conforme apresentados na segunda versão. A versão final do AQPR/SAMU-AVC (APÊNDICE 10) foi definida com poucas alterações.

Optou-se pela a junção do *feedback* dos painelistas da primeira e segunda rodada à titulo de melhor organização, porém o feedback da primeira rodada foi enviado individualmente (APÊNDICE 8).

A Figura 3 sintetiza as características das duas rodadas.

FIGURA 3 - CARACTERÍSTICAS DAS DUAS RODADAS DA TÉCNICA DELPHI



FONTE: A autora (2016)

3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes à caracterização dos painelistas foram organizados no programa *Microsoft Excel*® 2010, e analisados por meio de estatística descritiva, e os resultados foram apresentados em tabelas.

Os demais dados relativos ao processo de validação do AQPR/SAMU-AVC foram analisados por meio do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0.

No que concerne aos dados extraídos da avaliação da validade do AQPR/SAMU-AVC pelos painelistas, foram aplicados os testes: Alfa de Cronbach, Taxa de Concordância do Comitê, Cálculo Qui Quadrado e o Indicador Kappa.

Para mensurar a confiabilidade do questionário, optou-se por utilizar o cálculo do Alfa de Cronbach. A confiabilidade pode abordar a capacidade de consistência e precisão dos itens do instrumento. (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Todavia, o cálculo do Alfa de Cronbach pode também ser aplicável aos itens da escala e ao número de participantes. Nesta pesquisa, o cálculo foi direcionado a medir a consistência interna das questões do questionário disponível no *Google Docs*® aos painelistas, conforme preconizam Keszei, Novak e Streiner (2010). O cálculo deu-se pela fórmula:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} * \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^{k} s_i^2}{s_t^2}\right)$$

onde:
n = número de itens no questionário;
s2i = variância de cada item;
s_t^2 = variância total do questionário (bloco/dimensão);
$\sum_{i=1}^{k} s_i^2$ =soma das variâncias dos diversos itens.

A confiabilidade das respostas, capacidade de consistência e precisão das perguntas elaboradas foram testadas pelo Alpha de Cronbach. O valor adequado para este teste é ≥ 0,70 ou 70%. O Alpha de Cronbach é considerado excelente quando ≥ 0,9; bom ≥0,8; aceitável ≥0,7. (GEORGE; MARLLERY; 2003).

A Taxa de Concordância do Comitê foi aplicada, a partir da fórmula:

$$\frac{NPC}{NTP * 100} = \% \, concordância$$

onde:

NPC: número de participantes que concordaram;

NTP: número total de participantes.

A concordância foi considerada se o painelista assinalasse os itens “Adequado” e “Muitíssimo adequado”. Por meio do cálculo da Taxa de Concordância do Comitê, a concordância para cada título e item do AQPR/SAMU-AVC e para o instrumento como um todo foi ponderada como aceitável, com o valor mínimo de 0,80 ou 80%, ainda que a literatura traga que o valor mínimo aceitável seja de 0,70 ou 70%. (GREEN, 1982; FARO, 1997).

Para o cálculo de Qui quadrado, houve divisão da amostra dos participantes de forma diferenciada à do recrutamento. Constituiu-se dois grupos, sendo o primeiro grupo (DP) constituído por profissionais docentes e pesquisadores, sendo integrado por painelistas docentes, com título de mestre ou doutor, que orientam ou orientaram dissertações/teses ou que sejam autores de produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar (recrutamento via Plataforma IBICT) e enfermeiro docente na área de Urgência e Emergência (recrutamento Técnica Bola de Neve). Apresentando uma amostra de 26 painelista na primeira rodada e 21 na segunda rodada.

O segundo grupo de enfermeiros assistenciais (EA), os quais atuam no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba (recrutamento Técnica Bola de Neve). Com uma amostra de sete painelistas na primeira rodada e cinco na segunda rodada.

O teste do Qui quadrado destinou-se à comparação destes dois grupos, possibilitando identificar divergências nas respostas ao questionário. A significância estatística para o teste foi considerada para valores de $p<0,05$.

Por sua vez, geralmente o Indicador Kappa é utilizado para analisar a reprodutibilidade de um instrumento de pesquisa. No caso desta pesquisa, foram comparadas as duas rodadas com o propósito de demonstrar se os níveis em que as respostas foram obtidas apresentam concordância ou discordância em diferentes tempos. (SOUSA; FONSECA; JOSE, 2013).

O indicador Kappa é calculado a partir do número de concordância e de discordância de respostas, com base na fórmula:

$$Kappa = \frac{P_O - P_E}{1 - P_E}$$

$$P_{O} = \frac{Número\ de\ concordâncias}{Número\ de\ concordâncias = Número\ de\ discordâncias}$$

$$P_{E} = \sum_{i=1}^{n} (pi1 * p12)$$

onde:
n = número de categorias;
i = índice da categoria (que vale de 1 a n);
pi1 = proporção de ocorrência da categoria i para a primeira rodada o avaliador 1;
pi2 = proporção de ocorrência da categoria i para a segunda rodada o avaliador 2

A referência utilizada para interpretação dos resultados do indicador Kappa está descrita no Quadro 5.

QUADRO 5 – REFERÊNCIAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO INDICADOR KAPPA

Valores de Kappa	Interpretação
< 0,00	Sem concordância
0,00-0,19	Concordância baixa
0,20-0,39	Concordância regular
0,40-0,59	Concordância moderada
0,60-0,79	Concordância substancial
0,80-1,00	Concordância excelente

FONTE: Adaptado de PERROCA E GAIDZINSKI (2003).

Assim considera-se adequado nesta pesquisa os valores sem concordância e concordância baixa (<0,00 a 0,19) entre as rodadas, indicando assim que o AQPR/SAMU-AVC passou por evolução entre uma rodada a outra.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi elaborado consonante aos preceitos da Resolução CNS 466/2012, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná- CAAE: 57307416.6.0000.0102. Salienta-se, para garantir o sigilo e o anonimato utilizou-se a letra P em substituição ao nome do painelistas, seguido pelo número de ordem em que ocorreu a resposta ao questionário. A assinatura do TCLE se deu por meio digital.

4 RESULTADOS

Este capítulo contempla os resultados das etapas de validação de aparência, clareza, facilidade de aplicação e conteúdo do AQPR/SAMU-AVC, viabilizadas pelo desenvolvimento da Técnica Delphi. Inicialmente, apresenta-se a caracterização dos painelistas e na sequência, os resultados relativos às duas rodadas.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PAINELISTAS

Dos 33 painelistas que fizeram parte da pesquisa na primeira rodada, 23 (69,6%) são do sexo feminino, 14 (42,4%) são mestres, 14 (42,4%) são docentes pesquisadores na área de urgência, sendo que destes, três (9,09%) são doutores que orientaram dissertações/teses relacionadas à assistência pré-hospitalar, selecionados pela plataforma IBICT, e 12 (36,3%) enfermeiros docentes na área de urgência e emergência.

Na segunda rodada participaram 26 painelistas, 17 (65,38%) são do sexo feminino, 12 (46,5%) são mestres, 11 (42,3%) são docentes pesquisadores na área de urgência, sendo que destes, um (3,03%) é doutor que orientou dissertações/teses relacionados à assistência pré-hospitalar, selecionado pela plataforma IBICT, e cinco (19,23%) são enfermeiros docentes na área de urgência e emergência. Os resultados da caracterização estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 - SEXO, FORMAÇÃO ACADÊMICA, TITULAÇÃO E CAMPO DE ATUAÇÃO

Variáveis		**1ª Rodada n=33 (%)**	**2ª Rodada n=26 (%)**
Sexo	Feminino	23 (69,69%)	17 (65,38%)
	Masculino	10 (30,30%)	9 (34,61%)
Formação Acadêmica	Enfermagem	32 (96,96%)	25 (96,96%)
	Medicina	1 (3,03%)	1 (3,03%)
Titulação	Graduado	1 (3,03%)	1 (3,03%)
	Pós-graduado	8 (24,24%)	6 (23,07%)
	Mestre	14 (42,42%)	12 (46,15%)
	Doutor	7 (21,21%)	5 (19,23%)
	Pós- doutorado	3 (9,09%)	2 (7,69%)

Campo de atuação	Profissional docente e pesquisador	14 (42,42%)	11 (42,30%)
	Enfermeiro docente em urgência e emergência	12 (36,36%)	10 (38,46%)
	Enfermeiro assistencial que atuem no SAMU da região metropolitana de Curitiba	7 (21,21%)	5 (19,23%)

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Um enfermeiro docente possuía formação também em fisioterapia.

No que diz respeito à idade dos painelistas, na primeira rodada a média foi de 40,72 anos com desvio padrão de 9,40, e o tempo médio de formação na graduação foi de 16,84 anos com desvio padrão de 10,50. Na segunda rodada a média de idade foi de 40,42 anos com desvio padrão de 8,4, e o tempo médio de formação na graduação foi de 16,57 anos, com desvio padrão de 9,66. (TABELA 2).

TABELA 2 - IDADE E TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA

Variáveis		**1ª Rodada n=33**	**2ª Rodada n=26**
Idade	Média	40,72	40,42
	Mínimo	27	30
	Máximo	62	60
	Desvio Padrão	9,4	8,4
Tempo de formação acadêmica	Média	16,84	16,57
	Mínimo	6	6
	Máximo	39	37
	Desvio Padrão	10,50	9,66

FONTE: A autora (2016)

Quanto à área de maior titulação acadêmica, cinco (15,15%) responderam Enfermagem, cinco (15,15%) Terapia intensiva, quatro (12,12%) Urgência e Emergência, quatro (12,12%) Saúde Coletiva, três (9,09%) Tecnologia da Saúde e dois (6,06%) Gestão. Na segunda rodada, quatro (15,38%) assinalaram Enfermagem, quatro (15,38%) Terapia Intensiva, quatro (15,38%) Urgência e Emergência, três (11,53%) Saúde Pública, dois (7,69%) Tecnologia da Saúde e um (3,84%) gestão. (TABELA 3).

TABELA 3 - ÁREA DE MAIOR TITULAÇÃO ACADÊMICA

Titulação	**1ª Rodada n=33 (%)**	**2ª Rodada n=26 (%)**
Enfermagem	5 (15,15%)	4 (15,38%)

Terapia intensiva	5 (15,15%)	4 (15,38%)
Urgência e Emergência	4 (12,12%)	4 (15,38%)
Saúde Pública/ Coletiva	4 (12,12%)	3 (11,53%)
Tecnologia da Saúde	3 (9,09%)	2 (7,69%)
Gestão	2 (6,06%)	1 (3,84%)
Outros	10 (30,31%)	8 (30,76%)

FONTE: A autora (2016)

Em relação à área de abrangência da coleta de dados na primeira rodada, 15 (45,45%) painelistas trabalham em Curitiba, oito (24,24%) na Região Metropolitana de Curitiba/PR, cinco (15,15%) em Guarapuava/PR, dois (6,06%) em Cascavel/PR, um (3,03%) em Recife/ PE, um (3,03%) em Campinas/ SP e um (3,03%) no Rio de Janeiro/RJ. Na segunda rodada, 14 (56,84%) painelistas trabalham em Curitiba/PR, cinco (19,23%5) na Região Metropolitana de Curitiba/PR, quatro (15,38%) em Guarapuava/PR, dois (7,69%) em Cascavel/PR e um (3,84%) no Rio de Janeiro/RJ.

4.2. DESCRIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DA TÉCNICA DELPHI- PRIMEIRA RODADA

O questionário composto por sete questões de caracterização dos painelistas e 18 questões para avaliação do AQPR/SAMU-AVC apresentou um Alpha de Cronbach de 0,92. E no grau da concordância geral obtida pela Taxa de Concordância das respostas dos painelistas ao questionário na primeira rodada do processo de validação foi de 85,9%.

As tabelas 4 e 5 e o Quadro 6 apresentam as frequências e percentuais de acordo com as opções de respostas em escala categórica de: não adequado, pouco adequado, consideravelmente adequado, adequado e muitíssimo adequado, e a Taxa de Concordância de cada aspecto avaliado.

Na Tabela 4 demostra-se que na análise da concordância entre os painelistas para os aspectos relativos à aparência, clareza e facilidade de aplicação do instrumento, evidenciou-se apenas para o último uma porcentagem inferior a 80%.

TABELA 4 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC

Aspectos avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n (%)	Pouco adequado n (%)	Considera-velmente adequado n (%)	Adequado n (%)	Muitíssimo adequado n (%)	Taxa de Concordância
Aparência	-	-	2 (6,1%)	23 (69,7%)	8 (24,2%)	93,9%
Clareza	-	-	4 (12,1%)	17 (51,5%)	12 (36,4%)	87,9%
Facilidade de Aplicação	-	2 (6,1%)	7 (21,1%)	14 (42,4%)	10 (30,3%)	**72,2%**

FONTE: A autora (2016)

No que diz respeito à avaliação de conteúdo do AQPR/SAMU-AVC , em que se avalia se o conteúdo do título de cada categoria está adequado às ações que se pretende observar, apresenta-se na Tabela 5 todos os sete títulos das categorias do instrumento, dispostos na primeira coluna, seguidos pela amostra e porcentagem de avaliação de acordo com a escala categórica, seguidas pela Taxa de Concordância relativa ao título de cada categoria.

TABELA 5 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

Conteúdo dos Títulos avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
1. Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	-	3 (9,1%)	4 (12,18%)	14 (42,4 %)	12 (36,4%)	**78,8%**
2. Triagem usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	-	1 (3%)	8 (24,2%)	11 (33,3%)	13 (39,4%)	**72,7%**
3. Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	1 (3%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	11 (33,3%)	13 (39,4%)	**72,7%**
4. Atendimento Pré-hospitalar pela Equipe da Unidade de Suporte Avançado	-	1 (3%)	2 (6,1%)	19 (57,6%)	11 (33,3%)	90,9%
5. Aplicação de escala e avaliação pupilar pela equipe Unidade de Suporte Avançado	1 (3%)	1 (3%)	2 (6,1%)	19 (57,6%)	10 (30,3%)	87,9%
6. Hipótese Diagnóstica pelo médico da equipe Unidade de Suporte Avançado	-	-	3 (9,1%)	16 (48,5%)	14 (42,4%)	90,9%
7. Intervenções realizadas pela equipe Unidade de Suporte Avançado	-	-	1 (3%)	18 (54,5%)	14 (42,4%)	97%

FONTE: A autora (2016)

Ressalta-se que apenas o Título 4 não sofreu modificações de escrita, uma vez que os demais apresentaram alteração conforme sugestões dos painelistas. A maioria dos títulos apresentaram concordância superior a 80%. Os que se apresentaram abaixo desta porcentagem, foram os títulos das categorias 1, 2 e 3*: '1 Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)'* (78,8%); *'2 Triagem do usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)'* (72,2%); e *'3 Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)'* (72,2%).

Os resultados da avaliação da adequabilidade do conteúdo dos itens que compõem cada categoria do AQPR/SAMU-AVC está apresentado no Quadro 6. Em cada quadro apresentam-se os itens avaliados, as avaliações dos painelistas conforme a escala categórica e a Taxa de Concordância de cada categoria. Observa-se que a porcentagem de concordância foi superior a 80 %, variando 81,8% a 93,9%.

Repetem-se conforme apresentado na avaliação dos títulos, a menor concordância também para avaliação dos itens das categorias 1, 2 e 3, apresentando 84,8%; 81,8% e 84,8%, respectivamente.

Evidencia-se que as categorias 1 e 2 estão direcionadas ao recebimento da chamada telefônica do solicitante do atendimento, sendo esta recebida pela CRMU. E a Categoria 3 esta direcionada ao registro dos horários de recebimento da chamada, encaminhamento da ambulância, chegada da ambulância à ocorrência e os meios de localização para situar a ambulância que irá atender à ocorrência.

QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

1. ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?		
1.2 Houve o registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

continua

QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Item de avaliação	Critério	Observação
1.3 Houve o registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Houve o registro da ocupação do usuário	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foi solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

Conteúdo Itens avaliados	Escala categórica					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 1	-	1 (3%)	4 (12,1%)	17 (51,5%)	11 (33,3%)	84,8%

2. TRIAGEM DO USUÁRIO MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)

Item de avaliação	Critério	Observação
2.1 Utilizou-se de algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim ( ) Não	Qual?_____

Conteúdo Itens avaliados	Escala categórica					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 2		3 (9,1%)	3 (9,1%)	15 (9,1%)	12 (9,1%)	81,8%

3. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)

Item de avaliação	Critério	Observação
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem

continua

QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Item de avaliação	Critério	Observação
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

Conteúdo Itens avaliados	Escala categórica					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 3	-	1 (3%)	4 (12,1%)	14 (42,4%)	14 (42,4%)	84,8%

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

continua

QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 4			2 (6,1%)	18 (54,4%)	13 (39,4%)	93,9%

5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?*	( ) Sim ( ) Não	

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 5			3 (9,1%)	17 (51,5%)	13 (39,4%)	90,9%

6 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PELO MÉDICO DA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?*	( ) Sim ( ) Não	

Conteúdo Itens avaliado	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 6			4 (12,1%)	14 (42,4%)	15 (45,5%)	87,9%

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	

continua

QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Item de avaliação	Critério	Observação
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*		
Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo	( ) Sim ( ) Não	
Inserção de Cânula orofaríngea	( ) Sim ( ) Não	
Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
Intubação - Via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Houve registro de administração de Dipirona 1 g IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30 a 50 ml de Glicose 50%?8	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.12 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?*	( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim ( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompesação clínica durante o transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo

continua

QUADRO 6 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?		
( ) No local	( ) Sim ( ) Não	
( ) Durante o atendimento	( ) Sim ( ) Não	
( ) Durante transporte	( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2; AC21**

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 7		1 (3%)	2 (6,1%)	16 (48,5%)	14 (42,4%)	90,9%

FONTE: A autora (2016)

Na avaliação do AQPR/SAMU-AVC, além das perguntas objetivas foram disponibilizados campos para sugestões relacionadas à aparência, clareza e a facilidade de aplicação do instrumento. Após a análise dessas sugestões, foram realizadas modificações, sendo as principais: aumentar o tamanho da fonte Arial 10 para Arial 11; esclarecer itens e redigi-los novamente; junção de itens para deixar mais objetivo o AQPR/SAMU-AVC e inserção de alguns itens para complementar informações, conforme *feedback.* (APÊNDICE 8).

Houve junção de alguns itens para diminuir a extensão do instrumento, para isto foi elaborada uma pergunta universal: *'Houve registro de:'* para os itens: de 1.1 ao 1.9; 3.5 e 3.6; de 4.1 ao 4.9; 5.1 ao 5.5, e de 7.9 ao 7.12.

Para aprimoramento da redação houve a reescrita de itens das categorias 3 e 7. Na Categoria 3 foi sugerida a reescrita do item: 3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência) que passou a ser enunciado: *'3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?'*; *'7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?** , que passou a ser enunciado *'7.1 Houve registro de desobstrução de vias aéreas';* do

item 7.2 Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo passou a ser enunciado *‘7.2 Abertura das vias aéreas/elevação do queixo’.*

Além de modificações, houve sugestões para acrescentar itens, e assim acrescentaram-se itens nas categorias 1 e 3: ‘1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?’ e ‘3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?’

Houve seis painelistas que sugeriram a diminuição da extensão do AQPR/SAMU-AVC. Tal sugestão não foi acatada, uma vez que o instrumento foi baseado em literatura nacional e internacional condizente ao tema.

Embora essas sugestões de acréscimo dos itens 1.9 e 3.7, 7.1 e 7.2 foram expressas no momento da avaliação do aspecto aparência do AQPR/SAMU-AVC pelo painelista, destaca-se que é uma avaliação que contribui para a melhoria de conteúdo.

No Quadro 7 apresenta-se as principais sugestões relacionadas aos aspectos aparência, clareza e aplicação do instrumento.

QUADRO 7 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS (P) DIRECIONADAS AOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA VERSÃO

Aspectos avaliados	**Sugestões**
Aparência	Adicionar o início dos sintomas na Categoria 1 (P1)*
	Aumentar a letra no instrumento (P5 e P12)*
	Diminuir colunas 2 e 3 (P6)**
Clareza	Realizar junção de algumas questões, com a pergunta universal: ‘Houve registro de:’ (P3 e P33)*
	Informar sobre as Escalas de Cincinatti e Los Angeles (P23)**
	Trocar o termo ‘sexo’ (item 1.3) para ‘gênero’(P34)**
Facilidade de aplicação	Retirar o item 3.6, visto que o item 3.5 já contempla o GPS (P3)**
	Reduzir o número de itens de avaliação (P1, P2, P17, P23, P31 e P33)**
	Resumir os itens da categoria 4 em ‘houve registro de SAMPLA (sigla utilizada para identificar as perguntas realizadas) (P3)**
	Modificar o item 7.2 o termo “hiperextensão” para "abertura das vias aéreas" (P3)*
	Inserir um campo no item 7.1 "houve desobstrução de vias aéreas?" (P3)*
	Inserir item para registro de monitorização de PNI (Pressão Arterial não Invasiva)?" (P3) **
	Retirar a coluna 3 (P6)**

FONTE: A autora (2016)

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pesquisadora**

Em relação às sugestões direcionadas ao título de cada categoria, foi sugerida a reescrita da redação para seis títulos, dentre os setes títulos existentes no instrumento. Apenas foi mantida a escrita para o título *'4 Atendimento pré-hospitalar pela equipe da Unidade de Suporte Avançado'.*

Ressalta-se que os títulos que apresentaram maior número de sugestões para modificação foram os das categorias 1 e 3, por oito painelistas, seguidos pelos títulos das categorias 2 e 5, por quatro painelistas.

Assim, as alterações ocorreram nos itens: 1 Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)', que passou a ser enunciado *'1 Registro do Atendimento à Chamada Telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência'*; 2 Triagem do Usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU), que passou a ser enunciado *'2 Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência'*; 3 Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação de Urgência (CRMU), *que* passou a ser enunciado *'3 Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência'*; 5 Aplicação de Escala e Avaliação pupilar pela Equipe de Unidade de Suporte Avançado, que passou a ser enunciado *'5 Avaliação do Estado Neurológico'*; 6 Hipótese Diagnóstica pelo Médico da Equipe de Unidade de Suporte Avançado*, que* passou a ser enunciado *'6 Hipótese de Diagnóstico Médico'*; e por fim, o item 7 Intervenções realizadas pela Equipe de Unidade de Suporte Avançado, que passou a ser *'7 Intervenções realizadas pela equipe'*. (QUADRO 8).

QUADRO 8 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS (P) DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DO TÍTULO DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- PRIMEIRA VERSÃO

Conteúdo dos Títulos avaliados	**Sugestões**
Título da Categoria 1	Reescrever título (P1, P6, P8, P17, P19, P22, P23) * Sugestão de título: Registro telefônico pela Central de Regulação Médica (P25) *
Título da Categoria 2	Reescrever título (P3, P6, P31) * Sugestão de título: Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU) (P25)*
Título da Categoria 3	Reescrever título (P5, P6, P8, P9, P17, P23, P28, P31)*

continua

QUADRO 8 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS (P) DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DO TÍTULO DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- PRIMEIRA VERSÃO

continuação

Conteúdo dos Títulos avaliados	Sugestões
Título da Categoria 4	Incluir a ação da Equipe de Suporte Básico (P14)**
Título da Categoria 5	Reescrever título (P14, P17, P30, P33)* Sugestão de título: Avaliação do estado neurológico (P3)*
Título da Categoria 6	Reescrever título (P3, P19)* Sugestão de título: Hipótese de Diagnóstico Médico (P8)*
Título da Categoria 7	Reescrever título (P14, P28)* Retirar Suporte Avançado (P3)*

FONTE: A autora (2016)

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pesquisadora**

No que concerne às sugestões relacionadas à adequabilidade do conteúdo dos itens de cada categoria do AQPR/SAMU-AVC, com a finalidade de conferir maior objetividade, foram reescritos os itens das categorias: 1, 2, 3 e 6. Como já descrito, a Categoria 1 está direcionada ao recebimento pela CRMU da chamada telefônica para solicitar o atendimento; a Categoria 2 está relacionada à triagem do usuário pelo médico da CRMU; a Categoria 3 refere-se ao registro dos horários de recebimento da chamada telefônica, encaminhamento da ambulância, chegada da ambulância na cena e os meios de localização para situar a ambulância que irá atender a ocorrência e a Categoria 6 avalia se houve o registro da hipótese diagnóstica pelo médico.

Houve sugestão dos painelistas para a exclusão do item 1.4, o qual aborda o registro da ocupação do usuário, porém não foi acatada, uma vez que essa especificação é informação relevante para traçar o perfil dos usuários.

A atividade laboral desenvolvida defini muitas vezes a saúde de quem a executa, uma vez que existem inúmeras atividades estressoras ao individuo, desde as que demandam fisicamente ou emocionalmente.

Assim, a reescrita ocorreu nos itens*:* 1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?*,* que passou a ser enunciado *'1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?'*; 2.1 Utilizou-se de algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC? que passou a ser enunciado *2.1 Foi*

utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVE?'; 3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência? que passou a ser enunciado *'3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?'*; 3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência? que passou a ser enunciado *'3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?';* 6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?* que passou a ser enunciado *'6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?*'.*

Para melhor esclarecimento, foram acrescentados itens às categorias 1, 3, 5 e 7. A Categoria 5 está direcionada à análise dos registros de utilização de escalas para o auxílio na avaliação clínica do usuário, e a Categoria 7 aborda o registro das intervenções clínicas desenvolvidas no atendimento pela equipe. Foram acrescidos os itens: '*1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?*'; *'3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?'*; *'5.5 Outras escalas? ( ) Sim. Qual?_____, ( ) Não'*, *'7.4 Utilização de máscara laríngea'*; *'7.5 Utilização de combitubo',* e *'7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?'*.

No Quadro 9 apresentam-se as principais sugestões dos painelistas direcionadas à adequabilidade do conteúdo dos itens de cada categoria do AQPR/SAMU-AVC.

QUADRO 9 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- PRIMEIRA VERSÃO

Conteúdo dos Itens avaliados	**Sugestões**
Itens da Categoria 1	Excluir os itens 1.4 e 1.8 (P17)** Adicionar local da ocorrência e ponto de referência (P17)*
Itens da Categoria 2	Trocar termo AVC por "Acidente Vascular Encefálico" por se tratar de um termo mais amplo (P16)* Alterar a escrita item 2.1 (P17)* Especificar os algoritmos mais utilizados, para padronizar (P19)**
Itens da Categoria 3	Rever os itens 3.3, 3.4 e 3.5 (P17)*
Itens da Categoria 4	Rever o item 4.8 (P17)**
Itens da Categoria 5	Inserir outras escalas: *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*; *Hunt-Hess* e *Fisher* (P17)**
Itens da Categoria 6	Inserir no item 6.1: qual hipótese diagnóstica? (P17). Acatada parcialmente, para melhor clareza reescrito o item: Houve registro da hipótese diagnóstica? para '*Houve registro da hipótese diagnóstica ou*

	*diagnóstico?'**
Itens da Categoria 7	Acrescentar os dispositivos supra glótico: máscara laríngea e combitubo (P16)*

FONTE: A autora (2016)
LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pesquisadora**

Da avaliação geral do AQPR/SAMU-AVC pelos painelistas nesta primeira rodada, quatro aspectos apresentaram Taxa de Concordância inferior a 80%: facilidade de aplicação do instrumento (72,2%) e os títulos das categorias 1, 2 e 3, com concordância de 78,8%, 72,7% e 72,7%, respectivamente. A porcentagem de concordância, em sua maioria, se apresentou superior a 80%, com média geral de 85,9% (conforme apresentado no início desta sessão). Todavia, para maior confiabilidade e aprimoramento, todas as categorias do instrumento passaram por adequações a fim de serem revalidadas na segunda rodada. Ressalta-se que todas as sugestões foram analisadas. As acatadas pela pesquisadora foram alteradas na segunda versão do AQPR/SAMU-AVC, e as que não foram acatadas foram justificativas, conforme (APÊNDICE 8).

4.2.1. Avaliação da concordância na primeira rodada de validação de acordo com a caracterização dos painelistas

O Teste do Qui quadrado foi utilizado para comparar as respostas dos painelistas, verificando se havia divergência entre elas. Para tanto, houve a divisão dos painelistas em dois grupos. O Grupo dos profissionais docentes (DP) foi integrado por profissionais com título de mestre ou doutor, que orientam ou orientaram dissertações/teses ou que são autores de produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar, e enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência. E o Grupo dos enfermeiros assistenciais (EA) foi constituído por tais profissionais que atuem no SAMU da região metropolitana de Curitiba.

A significância estatística para o teste foi considerada para valores de $p<0,05$. Por sua vez, destaca-se que na verificação da divergência das respostas entre os grupos, o cálculo de p foi aplicado considerando-se a variação total da escala categórica de 1 a 5.

Na análise associada das respostas dos dois grupos, encontraram-se divergências entre o Grupo DP e o Grupo EA no aspecto clareza do

instrumento, com *p*=0,01 (TABELA 6). Nos demais aspectos analisados não se obteve significância estatística.

TABELA 6 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA OS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA RODADA

Aspectos do AQPR/SAMU-AVC avaliados	**Escala categórica**						
	Grupos	Não adequado n	Pouco adequado n	Consideravelmente adequado n	Adequado n	Muitíssimo adequado n	Valor de *p*
Aparência	DP			2	16	8	0,14
	EA				7		
Clareza	DP			4	**10**	**12**	**0,01**
	EA				7		
Facilidade de aplicação	DP		2	5	11	8	0,85
	EA			2	3	2	

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Qui Quadrado (com valor de p<0,05).

Em relação à associação das respostas dos dois grupos relativas à avaliação dos títulos das categorias do AQPR/SAMU-AVC, constatou-se a divergência entre elas apenas no título da Categoria 3, para a qual obteve-se *p*=0,03. Para os títulos das demais categorias não se obteve significância estatística. (TABELA 7).

TABELA 7 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS TÍTULOS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA RODADA

Título	**Escala categórica**						
	Grupos	Não adequado n	Pouco adequado n	Consideravelmente adequado n	Adequado n	Muitíssimo adequado n	Valor de *p*
Título categoria 1	DP		3	3	10	10	0,69
	EA			1	4	2	
Título categoria 2	DP		1	3	12	10	0,58
	EA			1	5	1	
Título categoria 3	DP			5	8	13	**0,03**
	EA		1	3	3		
Título categoria 4	DP		3	2	9	12	0,05
	EA			1	6		
Título categoria 5	DP		3	4	8	11	0,25
	EA	1	1		3	2	
Título	DP		1	2	10	13	0,22

categoria 6	EA			2	4	1	
Título categoria 7	DP		1	2	13	10	0,39
	EA				6	1	

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Qui Quadrado (com valor de p<0,05).

Em relação à associação das respostas dos dois grupos relativas à avaliação dos itens das categorias do AQPR/SAMU-AVC, evidenciou-se que para Categoria 6 obteve *p*=0,02. Para os itens das demais categorias não se obteve relevância estatística (TABELA 8).

TABELA 8 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC - PRIMEIRA RODADA

Itens	**Escala categórica**						
	Grupos	Não adequado n	Pouco adequado n	Consideravelmente adequado n	Adequado n	Muitíssimo adequado n	Valor de *p*
Itens categoria 1	DP			2	12	12	0,17
	EA				6	1	
Itens categoria 2	DP		1	1	15	9	0,22
	EA	1		1	4	1	
Itens categoria 3	DP			2	12	12	0,30
	EA			1	5	1	
Itens categoria 4	DP			3	10	13	0,08
	EA				6	1	
Itens categoria 5	DP			3	10	13	0,59
	EA			1	4	2	
Itens categoria 6	DP			1	11	14	**0,02**
	EA				7		
Itens categoria 7	DP		1	1	10	14	0,05
	EA			1	6		

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Qui Quadrado (com valor de p<0,05).

4.3. DESCRIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DA TÉCNICA DELPHI- SEGUNDA RODADA

O questionário foi composto por uma questão de caracterização do painelista, e 17 questões de avaliação do AQPR/SAMU-AVC. No cálculo da consistência interna do questionário obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,93. E no grau da concordância geral obtida pela Taxa de Concordância

das respostas dos painelistas ao questionário na segunda rodada do processo de validação foi de 94,8%.

As tabelas 9 e 10, e o Quadro 10 apresentam as frequências e percentuais relativos às opções de respostas dos painelistas em cada aspecto avaliado, considerando os itens da escala categórica: não adequado, pouco adequado, consideravelmente adequado, adequado e muitíssimo adequado, e a Taxa de Concordância de cada aspecto avaliado.

TABELA 9 - FREQUÊNCIA E PORCENTAGEM DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC

Aspectos avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Considera-velmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Aparência	-	-	1 (3,8%)	13 (50,0%)	12 (46,2%)	96,2%
Clareza	-	-	2 (6,1%)	14 (53,8%)	10 (38,5%)	92,3%
Facilidade de Aplicação	-	1 (3,8%)	4 (15,4%)	12 (46,2%)	9 (34,6%)	80,8%

FONTE: A autora (2016)

.

Demostra-se que avaliação do AQPR/SAMU-AVC , em que se avalia se o conteúdo do título de cada categoria está adequado às ações que se pretende observar, a concordância entre os painelistas para os aspectos de aparência, clareza e facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC foi maior em relação à primeira rodada, sendo superior 80%, com variação de 80,8% a 96,2%. (TABELA 9).

No que se refere à avaliação se o conteúdo do título da categoria está adequado aos seus itens do instrumento, apresenta-se na Tabela 10 os títulos dispostos no AQPR/SAMU-AVC juntamente com a porcentagem de respostas dos painelistas para cada título de acordo com a escala categórica, seguidos da Taxa de Concordância. A porcentagem de concordância para os títulos foi também superior a 80%, com variação entre 80,8% e 96,2%, apresentando-se maior em relação à primeira rodada.

TABELA 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

Título	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
1. Registro do Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	-	1 (3,8%)	-	10 (38,5%)	15 (57,7%)	96,2%
2. Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência	-8	-	2 (7,7%)	9 (34,6%)	15 (57,7%)	92,3%
3. Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência	-	-	3 (11,5%)	10 (38,5%)	13 (50%)	88,5%
4. Atendimento Pré-hospitalar pela Equipe da Unidade de Suporte Avançado	-	-	-	10 (38,5%)	16 (61,5%)	100%
5. Avaliação do Estado Neurológico	-	-	-	8 (30,8%)	18 (69,2%)	100%
6. Hipótese de Diagnóstico Médico	-	-	1 (3,8%)	10 (38,5%)	15 (57,7%)	96,2%
7. Intervenções realizadas pela equipe	-	-	2 (7,7%)	9 (34,6%)	15 (57,7%)	92,3%

FONTE: A autora (2016)

Em relação à avaliação da adequabilidade do conteúdo dos itens que compõem cada categoria do AQPR/SAMU-AVC, o Quadro 10 apresenta estes itens, as avaliações dos painelistas de acordo com a escala categórica, seguidos da Taxa de Concordância. A porcentagem de concordância também apresentou-se maior em comparação a primeira rodada, sendo superior a 80%, variando entre 88,5% a 100%. O conteúdo dos itens categorias 1, 2, 4 e 5 apresentaram concordância de 100%.

QUADRO 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário? 1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário: _____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

continua

QUADRO 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 1				12 (46,2%)	14 (53,8%)	100%

2 TRIAGEM MÉDICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVE?	( )Sim. Qual?_____ ( ) Não	

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 2				9 (46,2%)	17 (53,8%)	100%

3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULANCIA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de : 3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima? 3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítima?	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do paciente à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	

continua

QUADRO 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 3			1 (3,8%)	11 (42,3%)	14 (53,8%)	96,2%

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da:		
4.1 Queixa principal do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 História alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Tratamento em curso do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 4			(%)	10 (38,5%)	16 (61,5%)	100%

5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da:		
5.1 Escala de Glasgow*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Escala Cincinatti*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Escala de Los Angeles	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Avaliação de foto-reatividade e simetria pupilar	( ) Sim ( ) Não	
5.5 Outras escalas	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

continua

QUADRO 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 5				10 (38,5%)	16 (61,5%)	100%

6 HIPÓTESE DE DIAGNOSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?*	( ) Sim ( ) Não	

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria 6			2 (7,7%)	12 (46,2%)	12 (46,2%)	92,3%

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre desobstrução de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*		
7.2 Abertura das vias aéreas/elevação do queixo	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Utilização de máscara laríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Utilização de combitube	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Intubação - via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não	
Houve registro de instalação de:		
7.9 Acesso venoso*	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Controle de temperatura corporal*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Monitorização cardíaca*	( ) Sim ( ) Não	
7.12 Oximetria de pulso*	( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	

Continua

QUADRO 10 - FREQUÊNCIAS E PORCENTAGENS DAS RESPOSTAS DOS PAINELISTAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC

continuação

Item de avaliação	Critério	Observação
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?* 7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?* 7.22 Houve justificativa para a não administração? *Captopril 25 mg VO (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV*	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.23 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da CRMU ou de equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu da cena do atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou no local de referência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompesação clínica enquanto transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( ) Durante o atendimento ( ) Durante transporte	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1;AC2; AC21.**

Conteúdo Itens avaliados	**Escala categórica**					
	Não adequado n(%)	Pouco adequado n(%)	Consideravelmente adequado n(%)	Adequado n(%)	Muitíssimo adequado n(%)	Taxa de Concordância
Itens- Categoria		1 (3,8%)	2 (7,7%)	6 (23,1%)	17 (65,4%)	88,5%

FONTE: A autora (2016)

O questionário aplicado na segunda rodada da Técnica Delphi aos painelistas também apresentou campos para sugestões. Dentre as sugestões mais importantes em relação à aparência, clareza e facilidade de aplicação do AQPR-SAMU-AVC, destaca-se: retirada do item 7.2 elevação

do queixo, como meio de abertura de vias aéreas, uma vez que existem outras manobras para manter pérvias as vias aéreas; inserção do campo *'( ) Outros fármacos: _____'* no item 7.19; inserir linhas demarcatórias nas '*Observações'*, conforme critérios; revisão de gramática e concordância em todos os títulos e itens das categorias; reescrita do item 7.27 Houve registro de descompensação clínica enquanto transporte?, que passou a ser *'7.27 Houve registro de descompensação clínica durante o transporte?'*. Foram inseridas linhas demarcatórias nas Observações conforme critérios, e realizou-se revisão de português em todo instrumento.

Além disso, cinco painelistas sugeriram a diminuição do AQPR-SAMU-AVC por considerarem não ser viável o preenchimento em conjunto com as atividades cotidianas. Todavia, a sugestão não foi acatada tendo em vista se tratar de um instrumento de avaliação de processos e resultados a ser utilizado por uma pessoa especificamente designada para esta atividade. Ademais, todos os itens são necessários, uma vez que estão contemplados em protocolos e diretrizes nacionais e internacionais relevantes ao tema. (QUADRO 11).

Embora essas sugestões para os itens 7.2, 7.19, 7.27 foram expressas no momento da avaliação do aspecto aparência do AQPR/SAMU-AVC pelo painelista, destaca-se que é uma avaliação que contribui para a melhoria de conteúdo.

QUADRO 11 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO ASPECTO APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA VERSÃO

Aspectos avaliados	**Sugestões**
Aparência	Manter as linhas de separação entre os itens que foram agrupados sob a mesma pergunta universal (P2)**
	Retirar a expressão 'elevação do queixo' no item 7.2, já que podem ser realizadas outras manobras para manter vias aéreas pérveas (P26)*
	Retirar a expressão 'se glicemia' no item 7.16, substituir por 'se hipo/hiperglicemia' (P26) **
	Alterar o item 7.19 para 'Houve registro do manejo caso crise convulsiva?' (P26), tendo em vista que há alguns casos em que se utiliza o Fenobarbital e o Diazepam para crise convulsiva. Sugestão acatada parcialmente, com a inclusão do campo *'( ) Outros fármacos: _____ '*

continua

QUADRO 1112 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO ASPECTO APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA VERSÃO

continuação

Aspectos avaliados	Sugestões
Aparência	Retirar no item 7.21 o captopril e colocar na legenda (P26)**
	Retirar no item 7.23 'equipe de telemedicina' (P26)**
Clareza	Inserir linhas demarcatórias nas 'Observações', conforme critérios (P9)*
	Corrigir a gramática no instrumento (P9)*
Facilidade de aplicação	Substituir no item 7.27 a expressão 'enquanto transporte' 'por durante o transporte' (P1)*
	Diminuir número de itens (P2, P8, P10, P13, P19)**
	Informatizar o instrumento (P9)**

FONTE: A autora (2016)

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pesquisadora**

Os painelistas não apresentaram sugestões para os títulos das categorias 4, 5 e 6 na segunda rodada, mas sugeriram alterações para os títulos das categorias 1, 2, 3 e 7 (QUADRO 12).

Houve sugestão de que o Título 1 voltasse a ser conforme a primeira versão do AQPR/SAMU-AVC. Porém não foi acatada pela pesquisadora.

O Título 2, Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência, passou a ser enunciado '2 Triagem Clínica pela Central de Regulação Médica de Urgência'.

O Título 3, Orientações e Controle de liberação e Deslocamento de Ambulância pela Central de Regulação de Urgência, foi considerado extenso por cinco painelistas, porém optou por manter este título, por expressar com maior propriedade a abrangência dos seus itens.

Quanto ao título 7, havia sido sugerido a retirada na primeira rodada do termo 'Equipe de Suporte Avançado', o que foi acatado. Porém nesta segunda rodada houve a sugestão de manter a especificação da equipe, e assim foi acatada.

QUADRO 13 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- SEGUNDA VERSÃO

Conteúdo dos Títulos avaliados	Sugestões
Título da Categoria 1	Alterar para a primeira opção (P20)**
Título da Categoria 2	Substituir o termo 'Triagem médica' por 'Triagem clínica' (P4 e P9)*
Título da Categoria 3	Alterar o título, diminuir a extensão (P2, P4, P9, P23, P26)**
Título da Categoria 4	Sem sugestões
Título da Categoria 5	Sem sugestões
Título da Categoria 6	Sem sugestões
Título da Categoria 7	Especificar como na primeira versão a Equipe de Suporte Avançado (P10)*

FONTE: A autora (2016)

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pesquisadora**

Destaca-se que não houve sugestões para alteração dos itens da Categoria 3. As sugestões foram direcionadas aos demais itens, os quais apresentaram modificações: na Categoria 2, foi indicado o retorno do termo AVC, ainda que na primeira rodada tenha sido sugerida a sua substituição para AVE. Na segunda rodada, houve a sugestão de retorno à versão inicial, e assim foi acatada, uma vez que os protocolos utilizados como base para o desenvolvimento do AQPR/SAMU-AVC utilizam o termo AVC, e consequentemente é o difundido no país (QUADRO 13).

Na Categoria 4, a qual aborda se houve registro da entrevista inicial com o usuário, nos itens 4.1 a 4.7 foi retirada a palavra 'usuário' com intuito de diminuir a repetição de termos. Foi acrescido o termo 'tamanho' no item: 5.4 Avaliação de foto-reatividade e simetria pupilar, alterando assim para *'5.4 Avaliação de foto-reatividade, tamanho e simetria pupilar'*. Na Categoria 6 foi acrescido a palavra médico no item 6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?, o qual passou a ser enunciado '*6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico médico?*'. Na Categoria 7 foi sugerido no item 7.1 o retorno ao termo utilizado na primeira versão do AQPR/SAMU-AVC, 'permeabilidade de vias aéreas'. Uma vez acatado, foi modificado de 7.1 Houve registro sobre desobstrução de vias aéreas? para *'7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*'*.

QUADRO 14 - PRINCIPAIS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS DIRECIONADAS AO CONTEÚDO DOS ITENS DE CADA CATEGORIA DO AQPR/SAMU-AVC- SEGUNDA VERSÃO

Conteúdo dos Itens avaliados	**Sugestões**
Itens da Categoria 1	Inserir M( ) F( ) Outro( ) (P13)**
Itens da Categoria 2	Manter o termo AVC conforme versão anterior (P20)*
Itens da Categoria 3	Sem sugestões
Itens da Categoria 4	Retirar a palavra usuário dos itens da categoria 4 (P1)*
Itens da Categoria 5	Inserir a palavra 'tamanho' no Item 5.4, modificando para: 'Avaliação das pupilas quanto ao tamanho, simetria e fotorreação' (P1)*
Itens da Categoria 6	Acrescentar a palavra 'médico' após a palavra diagnóstico no item 6.1 (P10)* Inserir 6.1: Qual hipótese diagnóstica? (P17)**
Itens da Categoria 7	Retornar o termo 'permeabilidade de vias aéreas' conforme primeira versão (P4)*

FONTE: A autora (2016)

LEGENDA: Sugestões acatadas pela pesquisadora*; Sugestões não acatadas pesquisadora**

Vale salientar que avaliações relativas aos itens das categorias 1, 2, 4 e 5 apresentaram concordância de 100% na segunda rodada, ainda assim foram acatadas sugestões para os itens das categorias 2, 4 e 5. Após a compilação de todas as sugestões da segunda rodada, foi possível alterar os títulos ou itens das categorias do AQPR/SAMU-AVC, conforme feedback (APÊNDICE 8). E para as sugestões não acatada realizou-se a justificava, e assim deu-se origem ao instrumento QPR/SAMU-AVC- Última Versão (APENDICE 10).

4.3.1. Avaliação da concordância na segunda rodada de validação de acordo com a caracterização dos painelistas

Assim como na primeira rodada, o Cálculo de Qui quadrado, para avaliação da concordância, foi aplicado para a segunda rodada, subdividindo-se a amostra de painelistas em dois grupos. O Grupo dos profissionais docentes (DP) foi integrado por profissionais com título de mestre ou doutor, que orientam ou orientaram dissertações/teses ou que sejam autores de produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar, e enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência. E o Grupo dos enfermeiros assistenciais (EA) foi constituído por tais profissionais que atuem no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba.

Recorde-se que a significância estatística para o teste de Qui quadrado foi considerada para valores de $p<0,05$. Por sua vez, destaca-se que na verificação da divergência das respostas entre os grupos, o cálculo de *p* foi aplicado tendo em vista a variação total da escala categórica de 1 a 5.

Na Tabela 11 constata-se que os aspectos aparência, clareza e facilidade de aplicação do instrumento não apresentaram divergências estatisticamente significativa.

TABELA 11 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA OS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA RODADA

Aspectos avaliados do AQPR/SAMU-AVC	**Escala categórica**						
	Grupos	Não adequado n	Pouco adequado n	Consideravelmente adequado n	Adequado n	Muitíssimo adequado n	Valor de *p*
Aparência	DP			1	10	10	0,81
	EA			0	3	2	
Clareza	DP			1	11	9	0,40
	EA			1	3	1	
Facilidade de aplicação	DP		1	4	8	8	0,37
	EA				4	1	

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Qui Quadrado (com valor de $p<0,05$).

A comparação entre a concordância dos painelistas dos Grupos DP e AE com relação aos títulos demonstrou divergência nas respostas do título da Categoria 1. Os demais resultados não apresentaram divergências estatisticamente significativas (TABELA 12).

TABELA 12 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DOS GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS TITULOS DO AQPR/SAMU-AVC - SEGUNDA RODADA

Títulos avaliados do AQPR/SAMU-AVC	**Escala categórica**						
	Grupos	Não adequado n	Pouco adequado n	Consideravelmente adequado n	Adequado n	Muitíssimo adequado n	Valor de *p*
Título categoria 1	DP				10	11	**0,02**
	EA		1		0	4	
Título categoria 2	DP				11	10	0,19
	EA				1	4	
Título categoria 3	DP			1	7	13	0,44
	EA			1	2	2	
Título categoria 4	DP				8	13	0,44
	EA				1	4	
Título categoria 5	DP			2	7	12	0,32
	EA			1	3	1	
Título categoria 6	DP			1	8	12	0,63
	EA				3	2	
Título categoria 7	DP				8	13	0,9
	EA				2	3	

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Qui Quadrado (com valor de $p<0,05$).

Em relação aos itens das categorias do AQPR/SAMU-AVC, as Categorias 5 e 7 apresentaram divergências significativas entre as respostas. Nas demais categorias não houve divergências significativas entre as respostas dos painelistas (TABELA 13).

TABELA 13 - ASSOCIAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS DO GRUPOS DP E EA PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DO AQPR/SAMU-AVC- SEGUNDA RODADA

Itens avaliados do AQPR/SAMU-AVC	**Escala categórica**						
	Grupos	Não adequado n	Pouco adequado n	Consideravelmente adequado n	Adequado n	Muitíssimo adequado n	Valor de *p*
Itens categoria 1	DP				8	13	0,93
	EA				2	3	
Itens categoria 2	DP				5	16	0,11
	EA				3	2	
Itens categoria 3	DP				7	14	0,27
	EA				3	2	
Itens categoria 4	DP			1	6	14	0,10
	EA				4	1	
Itens categoria 5	DP				11	10	**0,00**
	EA			2	1	2	
Itens categoria 6	DP			2	8	11	0,49
	EA				1	4	
Itens categoria 7	DP		1		6	14	**0,01**
	EA			2		3	

FONTE: A autora (2016)
NOTA: Qui Quadrado (com valor de $p<0,05$).

4.4. COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADA

Apresenta-se a Taxa de Concordância das duas rodadas de validação do AQPR/SAMU-AVC nas tabelas 14, 15 e 16. Na Tabela 14 demonstra-se a avaliação da aparência, clareza e facilidade de aplicação deste instrumento.

TABELA 14 - COMPARAÇÃO DA TAXA DE CONCORDÂNCIA PARA OS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS

Aspectos avaliados do AQPR/SAMU-AVC	Taxa concordância 1ª Rodada	Taxa concordância 2ª Rodada
Aparência do instrumento	93,9%	96,2%
Clareza do instrumento	87,9%	92,3%
Facilidade de Aplicação	72,2%	80,8%

FONTE: A autora (2016)

Em relação aos títulos de cada categoria, a Taxa de Concordância dos seis primeiros títulos do AQPR-SAMU-AVC apresentaram aumento na segunda rodada. Apenas na avaliação do título da Categoria 7, a qual se destina a coleta de dados sobre as intervenções realizadas no atendimento pela Equipe de Suporte Avançado, a Taxa de Concordância apresentou-se menor na segunda rodada em comparação com primeira. (TABELA 15). Assim, conforme sugerido pelos painelistas, optou-se por retornar a versão inicial do título. Na segunda versão do AQPR/SAMU-AVC o título 7 Intervenções realizadas pela Equipe, passou a ser na nova versão *'7 Intervenções realizadas pela Equipe de Suporte Avançado'*, conforme a primeira versão.

TABELA 15 - COMPARAÇÃO DA TAXA DE CONCORDÂNCIA PARA O CONTEÚDO DOS TÍTULOS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS

1ª Rodada		2ª Rodada	
Títulos avaliados do AQPR/SAMU-AVC	Taxa de Concordância	Título	Taxa de Concordância
1 Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	78,8%	1 Registro do Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	96,2%
2 Triagem usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	72,7%	2 Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência	92,3%
3Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	72,7%	3 Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência	88,5%
4 Atendimento Pré-hospitalar pela Equipe da Unidade de Suporte Avançado	90,9%	4 Atendimento Pré-hospitalar pela Equipe da Unidade de Suporte Avançado	100%
5 Aplicação de escala e avaliação pupilar pela equipe Unidade de Suporte Avançado	87,9%	5 Avaliação do Estado Neurológico	100%
6 Hipótese Diagnóstica pelo médico da equipe Unidade de Suporte Avançado	90,9%	6 Hipótese de Diagnóstico Médico	96,2%
7 Intervenções realizadas pela equipe Unidade de Suporte Avançado	**97%**	7 Intervenções realizadas pela equipe	**92,3%**

FONTE: A autora (2016)

Na avaliação do item da Categoria 7, que também apresenta menor Taxa de Concordância na segunda rodada em relação a primeira, optou-se por acatar a sugestão de alteração do item adequando conforme estava na versão inicial. Assim foi alterado o item: *7*.1 Houve registro sobre

desobstrução de vias aéreas?, que passou a ser novamente *'7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?'*, conforme primeira versão do AQPR/SAMU-AVC. (TABELA 16).

TABELA 16 - COMPARAÇÃO DA TAXA DE CONCORDÂNCIA PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC NA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS

Itens avaliados do AQPR/SAMU-AVC	Taxa concordância 1ª Rodada	Taxa concordância 2ª Rodada
Itens categoria 1	84,8%	100%
Itens categoria 2	81,8%	100%
Itens categoria 3	84,8%	96,2%
Itens categoria 4	93,9%	100%
Itens categoria 5	90,9%	100%
Itens categoria 6	87,9%	92,3%
Itens categoria 7	90,9%	88,5%

FONTE: A autora (2016)

O Indicador Kappa foi utilizado para comparar as duas rodadas com o intuito de demonstrar se os níveis em que as respostas foram obtidas apresentam concordância ou discordância em diferentes tempos. Para o cálculo do Indicador Kappa apresentou-se a interpretação: <0,00 indica sem concordância; de 0,00 a 0,19 indica concordância baixa; de 0,20 a 0,39 concordância regular; e de 0,40 a 0,59 concordância moderada.

Consideram-se adequados nesta pesquisa os valores sem concordância e concordância baixa (<0,00 a 0,19) entre as rodadas, indicando assim que o AQPR/SAMU-AVC passou por evolução entre uma rodada a outra.

Apresentam-se na Tabela 17 os resultados da aplicação do Indicador Kappa para análise quanto à aparência, clareza e aplicabilidade do AQPR-SAMU-AVC. Embora a concordância da aparência, tenha sido baixa nos dois últimos aspectos obteve-se concordância moderada e regular, respectivamente.

TABELA 17 - INDICADOR KAPPA APLICADO À PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS NA AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS APARÊNCIA, CLAREZA E FACILIDADE DE APLICAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC

Aspectos avaliados do AQPR/SAMU-AVC	Kappa 1ª e 2ª Rodada	Interpretação
Aparência do instrumento	0,01	Concordância baixa
Clareza do instrumento	**0,42**	**Concordância moderada**
Facilidade de Aplicação	**0,25**	**Concordância regular**

FONTE: A autora (2016)

Em relação a avaliação dos títulos, a análise do Indicador kappa apresentou em sua maioria, o esperado, “sem concordância” ou “concordância baixa” (<0,00 a 0,19), e concordância regular para os títulos das categorias 1, 5 e 6. (TABELA 18).

TABELA 18 - INDICADOR KAPPA APLICADO Á PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS NA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DOS TÍTULOS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC

1ª Rodada	2ª Rodada		
Título	Título	Kappa	Interpretação
1 Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	1 Registro do Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	0,28	**Concordância regular**
2 Triagem usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	2 Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência	0,03	Concordância baixa
3Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU)	3 Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência	0,16	Concordância baixa
4 Atendimento Pré-hospitalar pela Equipe da Unidade de Suporte Avançado	4 Atendimento Pré-hospitalar pela Equipe da Unidade de Suporte Avançado	-0,0	Sem concordância
5 Aplicação de escala e avaliação pupilar pela equipe Unidade de Suporte Avançado	5 Avaliação do Estado Neurológico	0,23	**Concordância regular)**
6 Hipótese Diagnóstica pelo médico da equipe Unidade de Suporte Avançado	6 Hipótese de Diagnóstico Médico	0,34	**Concordância regular**
7 Intervenções realizadas pela equipe Unidade de Suporte Avançado	7 Intervenções realizadas pela equipe	0,19	Concordância baixa

FONTE: A autora (2016)

No que se refere à avaliação dos itens de cada categoria, o Indicador Kappa apresentou em todos os itens valores “sem concordância” ou “concordância baixa” (<0,00 a 0,19) indicando que o AQPR-SAMU-AVC passou por evolução entre as duas rodadas (TABELA 19).

TABELA 19 - INDICADOR KAPPA APLICADO À PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS PARA O CONTEÚDO DOS ITENS DAS CATEGORIAS DO AQPR/SAMU-AVC

Itens avaliados do AQPR/SAMU-AVC	Kappa 1ª e 2ª Rodada	Interpretação
Itens categoria 1	0,07	Concordância baixa
Itens categoria 2	0,00	Concordância baixa
Itens categoria 3	-0,07	Sem concordância
Itens categoria 4	0,19	Concordância baixa
Itens categoria 5	0,03	Concordância baixa
Itens categoria 6	-0,01	Sem concordância
Itens categoria 7	-0,08	Sem concordância

FONTE: A autora (2016)

5 DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PAINELISTAS

Optou-se por apresentar a caracterização dos painelistas como resultados, para que fosse levado em conta na discussão o perfil dos profissionais que participaram da validação do AQPR/SAMU-AVC. Conforme Melo *et al*. (2011), há necessidade de seleção criteriosa dos participantes para o processo de validação e que esta esteja pautada na sua experiência prática, conhecimento e habilidade, e ainda, que o campo de atuação do participante seja relacionado ao tema de estudo, para assim aumentar a fidedignidade da validação.

Nesta pesquisa, tanto na primeira rodada quanto na segunda houve maior incidência de participantes do sexo feminino (69,9% na primeira rodada e 65,38% na segunda), à semelhança de outros estudos de validação na área da enfermagem. (MATTEI, 2015; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014). Este fato pode se relacionar à amostra de painelistas, que nas duas rodadas eram enfermeiros (96,96%), reafirmando o perfil da enfermagem que, historicamente, é composta pelo sexo feminino, apesar da tendência à constante crescente do sexo masculino na categoria. (MACHADO *et al.,* 2015).

Em relação à titulação, houve maior prevalência de painelistas com mestrado (42,4% na primeira rodada e 46,1% na segunda), seguidos por doutores (21,21% na primeira rodada e 19,23% na segunda). Isto pode estar relacionado ao maior quantitativo, em ambas as rodadas, de painelistas que desempenham atividades de pesquisa e docência (42,4% na primeira rodada e 42,3% na segunda) ou docência na área de urgência (36,3% na primeira rodada e 38,4% na segunda), atividades em que tais titulações são requeridas como critérios de excelência.

Um estudo validou um instrumento que objetiva avaliar a habilidade em graduandos do nível técnico e superior de enfermagem na mensuração da pressão arterial. Para validação contou com uma amostra de 27 painelistas, sendo a maioria com titulação de mestre (74,1%), considerada esta a máxima titulação entre os participantes. (TIBÚRCIO *et al*., 2014). Este dado difere

desta pesquisa, uma vez que a amostra apresentou como titulação máxima pós doutorado, com três painelistas.

A média de idade apresentada pelos painelistas nesta pesquisa foi de 40,72 ± 9,4 anos na primeira rodada e 40,42 ± 8,4 anos na segunda rodada. Este mesmo perfil de idade ocorreu no estudo de Amaya (2015), que validou um instrumento para verificação de ações de segurança do paciente em atendimento de emergência, utilizando a Técnica Delphi, cuja média de idade dos participantes que validaram o instrumento foi de 38 anos.

No que se refere ao tempo de formado, na primeira rodada o tempo mínimo foi de seis anos, o tempo máximo de 39 anos e a média de tempo foi aproximadamente 16,84 ± 10,50 anos. Na segunda rodada o tempo mínimo foi de seis anos, o tempo máximo de 37 anos e a média de tempo foi 16,57 ±9,66 anos. Esta variação de tempo deu-se por conta da amostra ser composta por perfis diferentes de painelistas, sendo o menor tempo encontrado entre os enfermeiros assistenciais, uma vez que não houve critérios de titulação para estes participantes, o que implicou inclusão de um painelista com seis anos de formação acadêmica.

Ressalta-se que a seleção de painelistas enfermeiros assistenciais se fez essencial para favorecer o julgamento teórico, a partir de uma visão da prática assistencial, vislumbrando uma potencial aplicabilidade do instrumento.

Considerando a área de Urgência e Emergência, para a qual se destina o AQPR/SAMU-AVC – a maior titulação acadêmica entre os painelistas, em ambas as rodadas, foi identificada nas áreas de: Enfermagem, Terapia Intensiva, e Urgência e Emergência. Destaque seja feito para as últimas áreas citadas, as quais apresentam coerência com a especificidade do tema desta pesquisa.

5.2. VALIDAÇÃO DO AQPR/SAMU-AVC

5.2.1. Caracterização do AQPR/SAMU-AVC

A etapa de validação foi realizada em duas rodadas da Técnica Delphi, o que permitiu o aprimoramento do AQPR/SAMU-AVC. Destaca-se que o Alpha de Cronbach foi de 0,92 e 0,93 na primeira e segunda rodadas,

respectivamente, indicando excelente consistência e precisão das perguntas elaboradas no questionário disponibilizado aos painelistas.

O AQPR/SAMU-AVC apresentou uma Taxa de Concordância geral na primeira rodada de 85,9% e de 94,8% na segunda, indicando validade do conteúdo.

Esses dados corroboram com um estudo também metodológico quantitativo, que objetivou validar o conteúdo de uma escala de fatores preditivos para o aparecimento de complicações da hipertensão arterial sistêmica e uma proposta de ações para o gerenciamento do cuidado. Neste estudo, em que também foi utilizada a Técnica Delphi, o Alpha de Cronbach foi de 0,80 na primeira rodada e 0,76 na segunda, indicando boa e aceitável consistência das perguntas elaboradas no questionário, e Taxa de Concordância geral de 87,2% e 98% na primeira e segunda rodada, respectivamente. (MATTEI, 2015).

Acredita-se que por meio de um instrumento de medição validado seja possível avaliar a qualidade do cuidado, para assim, realizar mudanças necessárias ao processo de trabalho. (VITURI; MATSUDA, 2009), o que foi viabilizado por esta pesquisa. Nesta perspectiva o AQPR/SAMU-AVC contém sete categorias de itens que se destinam a avaliar a qualidade do atendimento pré-hospitalar móvel direcionada ao AVC.

A Categoria 1 descreve o registro do atendimento telefônico desenvolvido pela CRMU. Retrata de maneira geral o perfil do usuário, informações sobre o solicitante do atendimento e o horário do início dos sinais e sintomas.

As dimensões de processos e resultados estão contempladas nas demais categorias. Assim, a Categoria 2 traz o registro da triagem clínica desenvolvida pelo médico regulador (dimensão de processo). (BRASIL, 2006).

A Categoria 3 visa avaliar o registro das orientações, controle e liberação das ambulâncias pela CRMU. Nesta categoria, os itens referem-se ao horário em que ambulância foi acionada pela CRMU, e o horário em que saiu da base e chegou ao local da ocorrência para o atendimento. Essas variáveis de tempo são necessárias para o cálculo do indicador de tempo de resposta, em cena e de transporte (dimensão de processo).

Tais indicadores de tempo são apresentados em estudos internacionais como os de Sema *et al*. 2010; Fjaeldstad *et al*. 2013 e Paravar e*t al*. 2014. O tempo resposta é um indicador retratado também na Portaria 1010 do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012).

Adicionalmente a Categoria 3 aborda o registro dos meios de comunicação utilizados pela CRMU para identificação da ambulância mais próxima. O uso de dispositivos tecnológicos como telefone, rádio, sistema de posicionamento global (GPS) permitem o contato permanente entre CRMU e as equipes que prestam atendimento. (ROCHA, 2015).

Os itens da Categoria 4 buscam verificar se houve registro relativo ao índice de gravidade do usuário, ou seja, se a Equipe de USA registrou dados como por exemplo: queixa principal, aferição de sinais vitais, alergia, uso de medicamentos, entre outros (dimensão processo). A análise da condição do usuário é retratada no Protocolo de SAV direcionado ao atendimento ao AVC. (BRASIL, 2014b).

Esses registros podem ser utilizados para gerar indicadores que possam relatar o perfil da gravidade dos atendimentos desenvolvidos, possibilitando à gestão do serviço reconhecer fragilidades ou potencialidades e programar suas ações. Em um estudo desenvolvido na Holanda, observou-se que o índice de gravidade foi associado ao tipo de equipe direcionada ao atendimento à ocorrência, sendo que o médico estava presente no atendimento às de maior índice de gravidade, devido sua complexidade, porém este cuidado a mais pode aumentar o tempo de atendimento em cena. (SEMA *et al.* 2010), o que é um fator muitas vezes decisivo para condições clínicas, como o AVC ou o IAM.

Seguindo o mesmo raciocínio, a Categoria 5 também está direcionada ao índice de gravidade do usuário, uma vez que aborda o registro da avaliação do estado neurológico por meio de escalas de *Glasgow, Cincinnati, Los Angeles* entre outras (dimensão processo). Estas escalas estão referidas no Protocolo de SAV direcionado ao atendimento ao AVC. (BRASIL, 2014b). O uso de um sistema de avaliação do AVC, com utilização de escalas, é importante para identificar os sinais e sintomas rapidamente, favorecendo a ação necessária imediata. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015), e

estabelecendo os melhores meio de transporte e local de encaminhamento ao paciente.

O estudo de Brown *et al.* (2010), desenvolvido no EUA, os autores compararam resultados de pacientes transportados do local da ocorrência por meio de helicóptero e por transporte terrestre. Os pacientes vítimas de trauma transportados por helicóptero eram mais graves. Foram avaliados de acordo com o Escala de Severidade, e 43,5% foram admitidos em Unidades de Terapia Intensiva.

Na Categoria 6, avalia-se o registro da hipótese ou diagnóstico médico (dimensão processo). O médico intervencionista, que compõe a equipe de USA, é responsável por avaliar, reanimar e/ou estabilizar o usuário, no local da ocorrência e durante o transporte. (BRASIL, 2006).

Por fim, a Categoria 7 aborda o registro das intervenções realizadas pela Equipe de USA, desde procedimentos como: oxigenioterapia, acesso venoso, medicamentos, desobstrução de vias aéreas (dimensão processo) (BRASIL, 2014), ao desfecho do atendimento. Neste caso, pode ocorrer o encaminhamento ao local de referência ou, no caso de ocorrência de óbito, investiga-se os registros das condições em que ocorreu, se no local, durante atendimento em cena ou transporte (dimensão resultado).

Um estudo que utilizou a Técnica Delphi, fundamentado na tríade estrutura, processo e resultado para a avaliação da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1966; 1988), teve como objetivo validar um questionário destinado à avaliação da qualidade do atendimento prestado pelo Time de Resposta Rápida (TRR) em unidades de internação de um Hospital Universitário. Apresentou uma amostra de 15 painelistas e o questionário foi validado em três rodadas e a Taxa de Concordância final foi de 80%. Seus 37 enunciados abordam a dimensão estrutura, sobre quantidade e disponibilidade de: materiais, recursos humanos, protocolo de rotinas e estrutura física. Na dimensão processo, abordam: tempo para o TRR comparecer no setor após solicitação; comunicação entre membros do TRR e o enfermeiro da unidade de internação; participação do TRR no plano de tratamento ao paciente crítico da unidade. Na dimensão de resultado, os itens abordam a análise da redução das complicações clínicas e mortalidade dos

pacientes da unidade em decorrência da atuação do TRR. (DIAS; MARTINS; HADDAD, 2014).

De acordo com um estudo desenvolvido para avaliar a estrutura organizacional do SAMU em um município da Região Sul do Brasil, constatou-se que houve uma infinidade de informações registradas rotineiramente pelo serviço, entretanto tais informações não estavam sido utilizadas para o diagnóstico da realidade do SAMU do município. (SILVESTRE, 2017). Estes registros de dados podem viabilizar a construção de indicadores e a institucionalização da prática de monitoramento e avaliação de dados, contribuindo assim para qualificação da atenção prestada. (BRASIL, 2013).

Tais estudos evidenciam a necessidade de avaliar atendimento pré-hospitalar móvel nas dimensões de estrutura, processo e resultado, isoladamente ou em conjunto, pois fornecem informações relevantes para o aprimoramento do serviço.

5.2.2. Validação AQPR/SAMU-AVC na primeira rodada

Nesta pesquisa, conforme foi estipulado no capítulo de materiais e método, os aspectos avaliados pelos painelistas deveriam atingir a Taxa de Concordância de ≥ 80% para a finalização do processo de validação. No entanto, a fim de alcançar maior confiabilidade e aprimoramento do AQPR/SAMU-AVC, todas as categorias, mesmo as que atingiram o percentual estipulado de ≥ 80, passaram por adequações sugeridas pelos painelistas, as quais foram revalidadas na segunda rodada. Acredita-se que com esta estratégia, o rigor científico da pesquisa foi intensificado. Optou-se por avaliar a validade da aparência, clareza, facilidade de aplicação e o conteúdo do AQPR/SAMU-AVC. No processo de validação, os painelistas puderam além de avaliar o instrumento de acordo com a escala categórica, sugerir alterações, exclusão e inserção de itens.

Os aspectos aparência, clareza e facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC foram validados com Taxa de Concordância de 93,9%, 87,9% e 72,2%, respectivamente, na primeira rodada. Tais aspectos permitem que os painelistas avaliem o instrumento em relação à apresentação, clareza das informações, facilidade na leitura e representatividade dos itens que

compõem o instrumento a ser validado. (MARTINS, 2006; BELLUCCI; MATSUDA, 2014).

Demonstra-se que no estudo de Mattei (2015), a Taxa de Concordância estipulada para a validação do instrumento foi de ≥ 70%, os aspectos aparência, clareza e facilidade de aplicação do instrumento apresentaram-se com 90,6%, 81,3% e 100%, respectivamente, na primeira rodada. Ainda que tais aspectos apresentaram porcentagem superior à estipulada, também foram realizadas alterações na aparência do instrumento conforme sugestões dos painelistas.

Considerando a validação geral do AQPR/SAMU-AVC, evidenciou-se que quatro aspectos apresentaram Taxa de Concordância inferior a 80%, mas isto ocorreu apenas na primeira rodada, a saber: facilidade de aplicação do instrumento (72,2%) e a adequação dos títulos das categorias 1, 2 e 3, com concordância de 78,8%, 72,7% e 72,7%, respectivamente. Estas categorias estão relacionadas ao atendimento desenvolvido pela CRMU.

Os registros desenvolvidos pela CRMU são de suma importância para contemplarem os indicadores retratados na Portaria MS 1010/2012, como por exemplo: os relativos à caracterização do usuário; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados; orientações médicas; saídas de equipe de USA e USB; e tempo de resposta. (BRASIL, 2012).

No aspecto aparência do AQPR/SAMU-AVC, as sugestões dos painelistas acatadas foram: aumentar a fonte de Arial 10 para Arial 11 em todo o texto do instrumento, e inserir o horário do início dos sintomas na Categoria 1. Tal informação é importante para efetividade do tratamento ao AVC, em que o tempo para realizar a terapia trombolítica deve ser contabilizado desde o início dos sintomas, não podendo ultrapassar quatro horas e meia para o efetivo início da terapia. (BRASIL, 2014b). Valorizou-se o *insight* do painelista no momento em que avaliava o aspecto da aparência, pois esta é uma sugestão que contribuiu para a melhoria do conteúdo do AQPR/SAMU-AVC, o que justifica que tenha sido acatada.

No aspecto clareza do AQPR/SAMU-AVC, foi realizada a junção de alguns itens com intuito de diminuir a repetição de termos, e também para tornar o instrumento mais objetivo. Assim foi inserida uma pergunta universal: *'Houve registro de:'* para os itens das categorias 1, 3, 4, 5 e 7.

O valor da Taxa de Concordância relativa às questões que avaliaram a facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC foi de 72,2%. Este valor pode estar relacionado ao fato de que seis painelistas sugeriram a diminuição do número de itens desse instrumento. Tal consideração não foi acatada, decisão sustentada devido ao instrumento ter sido construído tendo como base as dimensões da avaliação da qualidade em saúde- processos e resultados, de Donabedian (1966; 1988), bem como o Protocolo de SAV direcionado ao AVC. (BRASIL, 2014b), a literatura nacional, internacional correlata ao tema e portarias do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012).

As informações requeridas pelo AQPR/SAMU-AVC são consideradas relevantes para que futuramente se desenvolva a aplicação desse instrumento com intuito de avaliar o atendimento aos usuários com hipótese diagnostica/diagnóstico de AVC. Nesta perspectiva, ressalta-se que instrumentos destinados a avaliar a qualidade em saúde devem ser amplos contemplar as diversas dimensões existentes, gerando indicadores para retratar com maior precisão a atuação do serviço.

De acordo com Escrivão Junior e Malik (2007), opiniões de gestores em saúde trazem a necessidade de escolher um sistema de avaliação e indicadores de desempenho apropriado para proporcionar a tomada de decisão com maior grau de certeza. Uma vez que o processo de tomada de decisão é complexo e exige que se tome conhecimento de recursos estruturais, como: materiais, organizacionais, financeiros e políticos (SPIRI, 2015), além de indicadores de processos e resultados do serviço.

Ainda no aspecto facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC, foram sugeridas alterações na Categoria 7, sendo inserido o item ‘*7.1 Houve desobstrução de vias aéreas?’* no lugar de 7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabiliade de vias aéreas?; e no item 7.2 houve mudança do termo hiperextensão para *‘abertura das vias aéreas’*. Destaca-se que é uma avaliação que contribui para a melhoria de conteúdo, sendo discutida na sequência, quando se trata sobre o conteúdo desta categoria.

Em se tratando da avaliação do conteúdo dos títulos das categorias do AQPR/SAMU-AVC, na primeira rodada os painelistas apresentaram sugestões para alteração de escrita para todos os títulos, e somente uma não foi acatada. Destaca-se que a validade de conteúdo é essencial no

desenvolvimento de medidas, pois retrata o começo de mecanismos para associar conceitos subjetivos com indicadores mensuráveis.(WYNDCA; SCHMUTD; SCHAEFER, 2003).

Os títulos que mais receberam sugestões foram os relativos aos registros realizados na CRMU. Este fato pode ser relacionado à necessidade de maior clareza de como se desenvolve a coleta de dados no momento do atendimento ao chamado pela CRMU. Silvestre (2017), em seu estudo, identificou que a falta de clareza na captação de dados e do sistema de informação da CRMU está presente até mesmo na fala de gestores de Urgência e Emergência de um município da Região Metropolitana de Curitiba.

Entre a relação de sistemas de informação mais relevantes desenvolvidos no período de 2011 à 2014, encontra-se o E-SUS SAMU, que apresenta como objetivo desenvolver o registro de chamados direcionados à CRMU, de modo que seja possível o acompanhamento desde a identificação da ambulância que será deslocada, percurso realizado por esta, além do encaminhamento do paciente à UBS, UPA ou para Atenção Hospitalar. (BRASIL, 2015). Assim este instrumento poderá minimizar os problemas de captação e processamento de dados para geração de indicadores gerenciais.

Por outro lado, o grande volume de dados assistenciais e epidemiológicos do SUS a fragmentação de seus sistemas de informação, associados à "falta de continuidade e sistematização dos dados inviabilizam a institucionalização da avaliação" (SILVESTRE, 2017), dificultando a tomada de decisão pautada em informações precisas e confiáveis.

Para contrapor à esta situação e transformar esta realidade, a Portaria nº 2.073/11-GM do MS regulamenta o uso de padrões no sistema de informação em saúde de tal forma a facilitar a interoperabilidade tão necessária para a integração do sistema de saúde. (BRASIL, 2011).

Ainda sobre os títulos, salientam-se os que apresentaram concordância abaixo de 80% na primeira rodada, a saber: os relacionados aos registros em decorrência ao atendimento do TARM e do rádio operador, os quais foram modificados de acordo com as sugestões dos painelistas, de modo a lhes conferir maior clareza e precisão.

O TARM fica alocado na CRMU, apresenta como atribuições atender todos os telefonemas endereçado ao SAMU-192, preencher adequadamente

as fichas de regulação, e passar o telefonema para o médico regulador informando-o sobre o tipo de agravo. Já ao rádio-operador, também alocado na CRMU, cabe operar o sistema de radiocomunicação e telefonia, controlar operacionalmente a frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel e manter a equipe da CRMU informada sobre a situação operacional de cada veículo da frota. (BRASIL, 2006).

O título da Categoria 2 apresentou uma Taxa de Concordância baixa (72,7%), e conforme as sugestões dos painelistas, passou a ser enunciado *'2 Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência'*. Tal categoria é direcionada ao registro do atendimento desenvolvido pelo médico regulador.

O médico regulador será responsável pelo atendimento, avaliação e estimativa da gravidade do caso conforme informações passadas pelo solicitante, desencadeando respostas, relativas à: orientação ou aconselhamento; envio de ambulância e equipe adaptadas ao nível de complexidade do caso, até o local da ocorrência e acionamento de outros serviços (Polícia, Corpo de Bombeiros, etc.). É o único profissional habilitado para regular uma emergência (BRASIL, 2006). Este fato que difere de alguns países da Europa, em que o enfermeiro ou um profissional treinado para a atividade pode executá-la. (GERBER, 2010).

Salienta-se a importância da CRMU priorizar os atendimentos primários (em domicílio, ambiente público ou via pública) pelo SAMU, e não a transferência de pacientes dentro da própria rede, como no caso de realização de exames complementares (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2014), em que também podem ser utilizados outros tipos de serviços de transportes por ambulância.

Nesta perspectiva, foi sugerido a reescrita do título da Categoria 3 que obteve 72,7% de concordância, na primeira rodada, sendo reescrita: *'3 Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência'*, visando maior abrangência dos itens dispostos nesta categoria.

Sabe-se que o médico regulador decidirá a priorização do atendimento, e repassará ao rádio-operador a decisão tomada e qual o tipo de ambulância será encaminhado para atender o chamado (USB ou USA). A

CRMU serve de apoio para as solicitações da equipe de intervenção, verificando a unidade hospitalar para recepção do usuário. Na constatação de inexistência de leitos, trabalha-se com o conceito de vaga-zero, segundo o qual em situações de urgência o usuário deve ser atendido prioritariamente. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 2014).

Em relação à validação do conteúdo dos itens das categorias na primeira rodada, foram acatadas as sugestões dos painelistas em sua maioria.

A validação dos itens da Categoria 1 obteve concordância superior de 84,8%, ainda assim, foi sugerido acrescentar o item início dos sintomas. Esta sugestão contribuiu para a melhoria de conteúdo, porém foi expressa no aspecto da aparência.

O dado referente ao início dos sintomas é coletado em primeiro momento pela CRMU, por TARM ou médico regulador. Assim, acrescentou-se o item: *'1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?'*, considerado necessário, uma vez que estes profissionais, principalmente o médico, devem estipular a gravidade do chamado. (BRASIL, 2006).

Ademais, houve a sugestão de adicionar o registro do local de ocorrência, que foi acatada, por se tratar de um indicador avaliado na portaria do MS. (BRASIL, 2012).

O registro do local indica particularidades do município, como o acesso geográfico e concentração populacional são informações necessárias para disponibilização das ambulâncias e para traçar as melhores rotas para garantir o atendimento de qualidade, em menor tempo possível. (O'DWYER, 2010).

Na Categoria 2, não houve sugestão de acréscimo de itens, mas sim sugestão para alteração do termo "Acidente Vascular Cerebral" para "Acidente Vascular Encefálico". Nesta rodada foi acatada a mudança, considerando que o termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) contém um conceito ampliado, uma vez que nesta doença pode ocorrer o comprometimento de qualquer estrutura encefálica, e não apenas a parte cerebral. (GAGLIARDI, 2010). Recorde-se que o encéfalo se localiza no interior do crânio, é composto pelo: pelo cérebro, cerebelo e o bulbo raquidiano. (MACHADO; HAERTEL, 2013).

Na validação dos itens da Categoria 3, a qual apresentou concordância de 84,8% na primeira rodada, houve a sugestão de rever alguns itens relacionados ao horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência, o horário em que ambulância chegou ao local da ocorrência e o uso de ferramentas de geolocalização da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário.

Com intenção de maior clareza para expressar a avaliação deste momento no processo de atendimento desenvolvido pelos profissionais (TARM ou radio operadores) da CRMU, foi acrescentado o item: *'3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?'.* Tal decisão baseia-se no fato de que sob a orientação do médico regulador, o radio-operador deve acionar a ambulância mais próxima da ocorrência informando os profissionais que irão atender o usuário sobre os dados da ocorrência. (BRASIL, 2006).

O indicador de tempo no SAMU é primordial para que se obtenham bons resultados no atendimento. Assim dispositivos tecnológicos (telefone, rádio e GPS) contribuem para a redução do tempo e organização do atendimento. Considera-se adequado que as ambulâncias do SAMU disponham destes recursos. (SILVESTRE, 2017).

A Categoria 4 apresentou taxa de concordância 93,9% e não houve alteração dos itens em relação a versão original. Nesta categoria contém itens se houve registro pela equipe USA de dados relacionados à entrevista SAMPLA, em que S é a aferição dos sinais vitais, A simboliza a história alérgica, M refere-se aos medicamentos em uso, P o passado médico, L ao horário da última ingestão de líquidos e A o ambiente do evento. (BRASIL, 2014b).

Os itens da Categoria 5 aborda a avaliação neurológica do usuário, por meio de escalas: de *Glasgow* (avalia o nível de consciência); *Cincinnati (*avalia simetria facial, força muscular e alteração de fala); *Los Angeles* (avalia critério clínico, assimetria facial e perda de força muscular) ; e a escala de foto-reação pupilar (tamanho, simetria e foto-reação pupilar). Tais escalas foram utilizadas para compor o instrumento por serem abordadas pelo Protocolo do SAV- AVC. (BRASIL, 2014b). Embora a Categoria tenha apresentado concordância de 90,9% na primeira rodada, foi sugerido

acrescentar escalas específicas, como*: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*, de *Hunt-Hess e de Fisher.*

A escala de NIHSS avalia o quadro clínico e o prognóstico de pacientes com AVC, por meio de 11 itens: nível de consciência, alteração visual, linguagem, fala, função motora e sensitiva dos membros e ataxia. Esta escala foi desenvolvida para avaliar o prognóstico dos pacientes dentro de 30 dias (KASNER, 2006), sendo útil no atendimento hospitalar. Por sua vez, a Escala de *Hunt-Hess* possilita quantificar a gravidade do estado clínico do paciente, e a Escala de *Fisher* baseia-se na quantidade e distribuição da hemorragia inrtracraniana. (FLORES, 2016).

Entretanto, visando ampliação das possibilidades de utilização de escalas no atendimento pré-hospitalar, optou-se por acrescentar o item *'5.5 Outras escalas? ( ) Sim. Qual?_____, ( ) Não'.*

O uso de escalas pode potencializar reconhecimento do acometimento do AVC, e assim otimizar o atendimento. O uso de sistemas de avaliação ao AVC, como a escala, é uma maneira simples e adequada para que os profissionais de saúde, e até mesmo a população, identifiquem o evento, tendo em vista a sua alta sensibilidade. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Se na aplicação da Escala de *Cincinatti* for identificada anormalidade em um dos parâmetros, indica 72% de probabilidade de ocorrência de um AVC. Quando observada a anormalidade em três parâmetros, esta probabilidade é superior a 85%. (BRASIL, 2014b).

Na Categoria 6, no item que a aborda a hipótese diagnóstica houve a sugestão de inclusão *'ou diagnóstico'*. Acatou-se a sugestão considerando-se a efetividade do uso dessas escalas para o diagnóstico do AVC. Ademais, considerou-se que muitas vezes já existe o diagnóstico de AVC, e que o SAMU é solicitado para o transporte do usuário a centro de referência especializado. (BRASIL, 2012).

A Taxa de Concordância para a Categoria 7, na primeira rodada foi de 90,9%. Todavia houve a sugestão de substituir, no item 7.1, o termo permeabilidade de vias aéreas por desobstrução de vias aéreas. Acatou-se a sugestão, considerando o termo mais adequado. Em um estudo a respeito

das nomenclaturas médicas traz que o termo que se ajusta ou o que se combina é o “certo”. (BECKER, 1998).

No item 7.2 foi sugerida a substituição do termo Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo, pelo termo Abertura das vias aéreas/elevação do queixo. Considerou-se que existem outras manobras para abertura de vias aéreas. (BRASIL, 2014b), e a sugestão foi acatada. Destaca-se que estas duas sugestões expostas no aspecto aparência estavam direcionadas à melhoria de conteúdo, e foi acatada como tal.

Os acréscimos de itens para a Categoria 7 foram direcionados para elucidar, no caso de impermeabilidade de vias aéreas, as possíveis intervenções para corrigir esta situação de risco. Para isto foram acrescentados o uso de dispositivos supra-glóticos, como: combitubo e máscara laríngea, por serem disponibilizados para a abordagem de vias aéreas em ambiente pré-hospitalar. Os materiais disponibilizados dentro das ambulâncias são instrumentos fundamentais de trabalho para a ação de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de saúde dos pacientes. (LORENZETTI; VANDRESEN; GELBCKE, 2015).

O combitubo é um dispositivo esôfago-traqueal, o qual proporciona ventilação eficaz, e pode ser utilizado em ambientes pré-hospitalares. Em um estudo, cujo objetivo era avaliar a eficácia do uso do combitubo e outro dispositivo também esôfago-traqueal para anestesia geral, apresentou que não houve diferença significativa em parâmetros de ventilação entre os dispositivos, e a troca gasosa foi igualmente eficaz para ambos. (SETHI *et. al 2014).*

A máscara laríngea é um dispositivo que permite a ventilação efetiva, é constituída de um tubo e em uma das extremidades apresenta um máscara elíptica. O combitubo e a máscara laríngea podem ser empregados pelas equipes de emergência pré-hospitalares desde que ocorra um treinamento dos profissionais. (AEHLERT, 2007).

Ainda na primeira rodada, na Categoria 7 foi acrescentado *‘7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?’*, uma vez que esta informação é um indicador apresentado em portaria do MS. (BRASIL, 2012). Não se deve encaminhar um usuário para um serviço de saúde sem comunicação prévia; deve prevalecer a

necessidade do usuário para se estabelecer onde encaminhá-lo, pois pode ocorrer de o local estabelecido como referência para o atendimento ser geograficamente mais distante.

5.2.3. Validação AQPR/SAMU-AVC na segunda rodada

Conforme a estratégia metodológica foi realizada a segunda rodada para que os painelistas analisassem a nova versão do AQPR/SAMU-AVC. Salienta-se que as categorias, mesmo as que atingiram o percentual de taxa concordância ≥80%, passaram por adequações a partir das sugestões dos painelistas, gerando assim a versão final do AQPR/SAMU-AVC.

Na segunda rodada os aspectos aparência, clareza e facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC apresentaram Taxa de Concordância de 96,2%, 92,3% e 80,8%, respectivamente. O aspecto facilidade de aplicação, que na primeira rodada apresentou concordância de 72,2%, atingiu na segunda rodada o valor superior ao mínimo estipulado.

No aspecto aparência do AQPR/SAMU-AVC não houve sugestões acatadas pela pesquisadora, porém houve sugestões direcionadas ao conteúdo da Categoria 7, portanto serão discutidas subsequente na validação do conteúdo dos itens da Categoria 7.

Considerando o instrumento como um todo, e em relação ao aspecto clareza do AQPR/SAMU-AVC, optou-se por acatar a sugestão de inserir linhas demarcatórias nas *'Observações'* conforme critérios, para manter o instrumento livre de possíveis falhas em seu preenchimento, caso este seja utilizado na versão impressa. Outra sugestão acatada foi a revisão do texto, assim foi revisada a gramática, ortografia e padronização de termos.

A revisão de português no final da pesquisa faz-se sempre necessária, sendo esta considerada como etapa metodológica em estudos de construção e validação de instrumento, a exemplo do estudo de Amaya (2015).

Ainda no aspecto facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC, acatou-se a sugestão de substituição da expressão enquanto transporte pela expressão '*durante o transporte' no 7.27*, por considerar que esta é a mais apropriada.

Foi também sugerida a informatização do AQPR/SAMU-AVC. Este instrumento pode ser utilizado de forma impressa ou informatizada. Estas opções ficarão a cargo do serviço que irá utilizar este instrumento. Contudo, a segunda opção tem respaldo nas visões da Organização Mundial da Saúde e do MS, por reconhecerem o papel da informação e da informática na qualificação dos serviços de saúde. (SILVA *et al.*, 2010).

Todos os títulos do AQPR/SAMU-AVC apresentaram Taxa de Concordância superior a 80% na segunda rodada.

No título da Categoria 2 foi substituído o termo Triagem médica por *'Triagem clínica'*, no contexto da CRMU, conforme sugestão de um painelista. Optou-se por acatá-la pois a Triagem é clínica e para evitar repetição do termo médica no título. A modificação ou substituição de expressões ou termos sinônimos são comuns em estudos de instrumentos. (AMAYA, 2015).

O título da Categoria 3 não havia alcançado a Taxa de Concordância ≥80% na primeira rodada. Após sugestões, na segunda versão tornou-se: *'3 Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência'*, e na segunda rodada obteve Taxa de Concordância de 88,5. Ainda assim, houve sugestões de alteração deste título por cinco painelistas. Justifica-se que estas cinco sugestões não foram acatadas, por considerar que nenhuma delas superou a título da segunda rodada em termos de precisão e abrangência em relação aos itens da categoria.

E no título da Categoria 7, o termo *'Equipe de Suporte Avançado'*, foi retirado na primeira rodada, e assim alterando título para *'7 Intervenções realizadas pela Equipe'*. Já na segunda rodada, foi sugerido o retorno do termo retirado, e assim foi acatado, uma vez que as Equipes de Suporte Avançado destinam-se ao atendimento de maior complexidade. Considera-se que um evento caracterizado como suspeita ou confirmação do AVC é uma situação crítica, que necessita de atendimento pré-hospitalar com equipe e estrutura adequada, levando em consideração que é necessário transporte rápido para o diagnóstico preciso do tipo de AVC (isquêmico ou hemorrágico), o que possibilitará iniciar ou não a terapia trombolítica, tendo esta o tempo de quatro horas e meia desde o início dos sintomas. (BRASIL 2014b).

Em se tratando do conteúdo dos itens de cada categoria, houve a concordância de 100% nas categorias 1, 2, 4 e 5. Os painelistas sugeriram alterações para todas as categorias, excerto para a Categoria 3. As sugestões acatadas foram nas categorias 2, 4, 5, 6 e 7.

Nos itens da Categoria 2 foi sugerido retornar ao termo AVC conforme a primeira versão. Em discussão com a literatura nacional e avaliação dos termos verifica-se que o termo mais difundido e utilizado no Brasil é AVC, fato este exposto pelos protocolos utilizados. Ademais, o termo é abordado na Diretriz de Atenção à Reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral, a qual assume que as estruturas encefálicas podem ser acometidas pelo dano, porém o termo AVC é popularmente conhecido no Brasil, sendo por tal razão adotado na diretriz. (BRASIL, 2013).

Este empasse de termos foi discutido pela SBDC, sendo que em reuniões realizadas para discussões houve argumentos ressaltando que o termo Acidente Vascular Cerebral (AVC) é claro, existe uma boa aceitação e divulgação, e uma mudança de denominação não ofereceria benefícios semânticos significativos. (GAGLIARDI, 2010). Assim, por tal entendimento optou-se por manutenção do termo AVC nesta no AQPR/SAMU-AVC.

Nos itens da Categoria 4 foi sugerido retirar a palavra *'usuário'*, assim acatada com intuito de apresentar o instrumento mais objetivo e sem repetição de termos.

Nos itens da Categoria 5, foi acatada a sugestão de inserir a palavra 'tamanho' no Item 5.4, modificando-o para: *'Avaliação das pupilas quanto ao tamanho, simetria e fotorreação'* . O reflexo da pupila é avaliado quando a acetilcolina age nos receptores dos músculos do esfincter da pupila, produzindo sua contração. Já o músculo dilatador da pupila promove a sua dilatação. A alteração no tamanho da pupila com o estímulo da luz é fundamentada no equilíbrio funcional entre o sistema nervoso parassimpático e simpático. (FERRARI, 2008).

Nos itens da Categoria 6 foi acrescentada a palavra 'médico' após a palavra diagnóstico, afim de conferir coerência com o título, que também traz o diagnostico médico.

Em relação aos itens da Categoria 7, na primeira rodada, a sugestão de substituir impermeabilidade de vias aéreas por *'desobstrução de vias*

aéreas' foi acatada, partindo-se do pressuposto que o segundo termo conferia maior clareza. Porém, na segunda rodada houve a sugestão de retorno ao termo inicial que era *'impermeabilidade de vias áreas'*. Conforme referência dos Protocolos de Suporte Avançado de Vida: avaliação primária do paciente (agravos clínicos), o termo utilizado é avaliação da permeabilidade de vias aéreas. (BRASIL, 2014b). O termo adequado a ser empregado é aquele que além de se ajustar, combinar, deve ser aceito por todos. (BECKER, 1998).

Outra substituição de termo ocorreu na Categoria 7 . No item 7.2 *'Abertura das vias aéreas/elevação do queixo'*, o termo elevação do queixo foi excluído, com a justificativa de não restringir as possibilidades de outras manobras de desobstrução de vias aéreas.

No item 7.19 foi sugeriu não referir o uso do medicamento Fenitoína para crise convulsiva, e sim realizar uma pergunta mais ampla, como: 'Houve registro do manejo caso crise convulsiva?'. A sugestão não foi acatada, uma vez que Fenitoína é o medicamento padronizado no protocolo de atendimento ao AVC. (BRASIL, 2014b). Entretanto, o serviço pode utilizar de outros fármacos para a assistência à crise convulsiva. Logo esta sugestão foi acatada parcialmente, sendo inserido o campo *'( ) Outros fármacos: _____ '.* Em um estudo avaliativo, em que houve a observação sistemática de ambulância USA e USB, a autora constatou a disponibilidade de medicamentos na USA que não são exigidos pela portaria GM/MS n° 2048 (SILVESTRE, 2017).

5.3. COMPARAÇÃO ENTRE CONCORDÂNCIA DA PRIMEIRA E SEGUNDA RODADA E CÁLCULO DE QUI QUADRADO E KAPPA

Em comparação às Taxas de Concordância da primeira e segunda rodadas, nas avaliações quanto aos aspectos aparência, clareza e facilidade de aplicação do AQPR/SAMU-AVC, salienta-se que somente para o último aspecto obteve-se concordância menor que 80% na primeira rodada. Porém, tal aspecto atingiu a Taxa de Concordância superior a 80% na segunda rodada.

Na validação quanto ao aspecto conteúdo, obteve-se para os títulos das categorias 1, 2, 3 Taxas de Concordância abaixo de 80% na primeira

rodada, e na segunda rodada estas taxas foram superiores a 80%. Os demais títulos em ambas rodadas apresentaram Taxa de Concordância superior a 80%.

Na validação do aspecto conteúdo nos Itens das categorias do AQPR/SAMU-AVC, foram evidenciadas Taxas de Concordância superiores a 80% em ambas das rodadas. Salienta-se que foi obtido na segunda rodada a Taxa de Concordância de 100% nos títulos das categorias 4 e 5 e nos itens das categorias 1, 2, 4 e 5.

Para o Cálculo do Qui quadrado aplicado às duas rodadas, houve a divisão dos painelistas em dois grupos. O Grupo dos profissionais docentes (DP) foi constituído por profissionais com título de mestre ou doutor, com experiência na orientação de dissertações/teses de produção científica relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar, e por enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência. E o Grupo dos enfermeiros assistenciais (EA) foi integrado por tais profissionais, com atuação no SAMU da Região Metropolitana de Curitiba.

Na verificação da divergência das respostas entre os grupos, considerou-se a variação total da escala categórica de 1 a 5.

Na primeira rodada, encontrou-se divergência entre o Grupo DP e o Grupo EA no aspecto clareza do AQPR/SAMU-AVC (p=0,01). Nos demais aspectos analisados não se obteve significância estatística. Infere-se que a percepção sobre a clareza pode ser interpretada de forma diferente entre os painelistas dos dois grupos. O emprego de termos mais adequados pode significar o preciosismo dos DP em qualificar os seus significados.

Em outro estudo de validação, o qual dividiu a amostra de painelistas em grupo de doutores e não doutores, obteve-se divergência de resposta também no quesito clareza do instrumento. (AMAYA, 2015).

Ainda sobre a primeira rodada, constatou-se que houve divergência no aspecto clareza e no conteúdo do título da Categoria 3 (Orientações e controle de liberação e deslocamento de ambulância pela Central de Regulação Médica de Urgência) e o item da Categoria 6 (Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico médico?). Estas divergências podem ser decorrentes da necessidade de elementos de um dos grupos de contribuir

para explicitar mais apropriadamente os conceitos e a realidade do serviço do SAMU.

O cálculo do Qui quadrado na segunda rodada evidenciou divergência entre os dois grupos na análise do conteúdo do título da Categoria 1 (Registro do Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU) e dos itens das categorias 5 (Avaliação do estado neurológico) e 7 (Intervenções realizadas pela equipe de suporte avançado). As divergências dos grupos podem ter ocorrido devido ao interesse dos elementos de um grupo de contribuírem para explicitar mais apropriadamente os conceitos e a realidade do serviço do SAMU.

O Indicador Kappa foi utilizado para verificar se as respostas demonstraram não haver concordância ou haver baixa concordância (<0,00 a 0,19) entre as rodadas. Estes valores indicam que o instrumento passou por evolução entre uma rodada e outra.

De maneira geral, o cálculo do Indicador Kappa revelou não haver concordância ou haver baixa concordância entre as respostas das duas rodadas para os aspectos aparência bem como para o conteúdo dos títulos e itens das categorias, indicando evolução do AQPR/SAMU-AVC.

Destaca-se que para os aspectos clareza do instrumento e facilidade de aplicação obteve-se concordância regular à moderada (0,20 à 0,59) respectivamente entre as respostas dos painelistas nas duas rodadas. O fato a ser considerado é esta análise ser direcionada apenas à escala categórica em que os painelistas assinalaram de “não adequado” a “muitíssimo adequado”, e que se constatou que houve pouca variação. Isto evidenciaria que entre uma rodada a outra houve pouca evolução do instrumento, já que a concordância manteve-se moderada a regular.

Porém, no caso especificado não procede esta análise. Há que se considerar que foram apresentadas sugestões de alterações pelos painelistas e que muitas foram acatadas. Assim, pode-se afirmar que nos aspectos clareza do instrumento e facilidade de aplicação o AQPR/SAMU-AVC também passou por evolução entre uma rodada a outra.

A mesma lógica aplica-se ao conteúdo dos títulos das categorias 1, 5 e 6 cuja concordância foi regular (0,20-0,39) entre as duas rodadas. Porém,

para estes títulos também houve sugestões, que foram acatadas, indicando evolução do instrumento entre a primeira e segunda rodada neste aspecto.

6 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento desta pesquisa metodológica foi possível atingir o objetivo proposto de construir e validar um instrumento para avaliar os processos e resultados do atendimento a usuários com hipótese diagnóstica/ diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebra, pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU) e pela equipe da Unidade de Suporte de Avançado (USA) do Serviço de Atendimento de Médico de Urgência (SAMU).

A construção do instrumento Avaliação da Qualidade de Processos e Resultados do SAMU direcionado ao atendimento do AVC (AQPR/SAMU-AVC) foi norteada por protocolos, diretrizes, portarias governamentais, além de estudos e *guidelines* da literatura nacional e internacional correlata ao tema. Considerando-se os resultados do processo de validação do instrumento pelos painelistas, reconhece-se a comprovação de que o material bibliográfico utilizado foi apropriado.

A aplicação da Técnica Delphi *online* tem sido bem sucedida na validação de instrumentos em outros estudos, e apresentou-se efetiva também ao desenvolvimento desta pesquisa.

Segundo a literatura, a validação de instrumentos por meio da Técnica Delphi deve apresentar no mínimo duas rodadas para caracterizá-la como tal. O número de rodadas nesta pesquisa foi definido de acordo com o alcance do nível de concordância de ≥ a 80% entre as respostas dos painelistas na avaliação do instrumento em cada aspecto avaliado. O instrumento foi validado em duas rodadas por alcançar a concordância estipulada.

Na primeira rodada, os 33 painelistas analisaram o AQPR/SAMU-AVC quanto aos aspectos clareza, aparência, facilidade de aplicação e conteúdo dos seus títulos e itens. Obteve-se a concordância abaixo de 80% somente para os aspectos facilidade de aplicação e para o conteúdo dos títulos das categorias 1, 2 e 3. Todavia, a Taxa de Concordância geral na primeira rodada foi de 85,9%. Apesar disso, optou-se metodologicamente pela consideração das sugestões dos painelistas e, quando acatadas, pela modificação do instrumento, e elaboração de uma segunda versão, a qual foi reenviada para o início de uma nova rodada.

A segunda rodada teve a participação de 26 painelistas, quando obteve-se um maior consenso, a partir das alterações realizadas na rodada anterior, e atingiu-se a Taxa de Concordância geral de 94,8% o que revelou um salto qualitativo para esta segunda versão do AQPR/SAMU-AVC. Adicionalmente, foram aceitadas sugestões consideradas pertinentes para o aprimoramento do instrumento, uma vez que estas se apresentaram fundamentadas na literatura correlata ao tema.

O Alpha de Cronbach foi de 0,92 e 0,93, alcançados na primeira e segunda rodadas, respectivamente, indicando excelente consistência e precisão das perguntas do questionário disponibilizado *online* aos painelistas para a validação do AQPR/SAMU-AVC.

A análise estatística mediante o Teste de Qui quadrado evidenciou divergência significativa entre as respostas dos dois grupos, de docentes e pesquisadores (DP) e de enfermeiros assistenciais (EA), em relação aos aspectos de clareza e conteúdo de alguns títulos e itens de diferentes categorias nas duas rodadas. Estas divergências podem ser decorrentes da necessidade de elementos de um dos grupos de contribuírem para explicitar mais apropriadamente os conceitos e a realidade do serviço do SAMU.

A partir da análise do Indicador Kappa infere-se que o AQPR/SAMU-AVC passou por uma evolução entre a primeira e segunda rodadas na maioria dos aspectos avaliados, mesmo havendo aspectos que apresentaram menor evolução. Contudo, pode-se afirmar definitivamente que houve uma evolução, considerando que a maioria das sugestões de aprimoramento do instrumento apresentadas pelos painelistas foram acatadas.

A título de contribuição para novos estudos, considera-se que a aplicação da Técnica Delphi pressupõe um planejamento quanto ao período de tempo destinado a cada rodada, e recomenda-se que este período seja flexível, a fim de que se obtenha uma participação mais efetiva do maior número de painelistas. Por exemplo, nesta pesquisa foi previsto que cada rodada teria a duração de 15 dias. Porém este tempo foi estendido para mais 38 dias, decisão que se mostrou pertinente, uma vez que possibilitou que entre os 33 painelistas recrutados, 100% participassem da primeira rodada, e 79% participassem da segunda rodada.

Destaca-se que o recrutamento de profissionais doutores via envio de *e-mail* pela Plataforma Lattes não se mostrou efetivo, ainda que a pesquisadora tenha recebido um *e-mail* de confirmação do envio pelo CNPQ. Entre 47 doutores para quem foi enviado um e-mail convidando-os para participarem da pesquisa, somente três responderam ao convite e participaram da primeira rodada, e dois deles somente na segunda rodada.

Ademais, o *feedback* proposto pela técnica demonstrou o compromisso e intenção verdadeira dos painelistas em contribuírem para a validação do AQPR/SAMU-AVC. Foi lhes permitido que avaliassem suas respostas da primeira rodada e as comparassem com as dos demais painelistas, podendo alterar sua opinião se o desejassem, na rodada subsequente. As modificações sugeridas por eles, e acatadas pela pesquisadora, foram importantes para o aprimoramento do AQPR/SAMU-AVC.

Esta pesquisa representa uma estratégia de desenvolvimento de um instrumento de avaliação que, ao ser aplicado em cenários da realidade dos serviços de saúde fornecerá indicadores de processos e resultados baseados na proposta de Donabedian (1989), contribuindo para identificar potencialidades e fragilidades decorrentes do atendimento, bem como, servindo como ferramenta para gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão.

Todavia, a institucionalização da avaliação é um desafio devido à necessidade de mudança de cultura da gestão, em que a tomada de decisão deveria ser pautada em informações fidedignas e julgamentos qualificados a partir da aplicação de instrumento validados, com vistas a melhorar a efetividade do SUS.

Infere-se a possibilidade de que o conteúdo trabalhado na discussão dos resultados desta pesquisa seja, mediante alguns aprimoramentos, utilizado em programas de educação permanente no SAMU, bem como em outros serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, visando contribuir para capacitação de profissionais envolvidos na assistência, com destaque à fundamentação para os registros necessários e para o atendimento de qualidade ao usuário vitima do AVC. Obviamente, que também este conteúdo

deverá orientar eventuais aplicadores do AQPR/SAMU-AVC para a avaliação de processos e resultados desse atendimento.

Sugere-se a replicação do método desta pesquisa para a validação de instrumentos destinados à avaliação de outros atendimentos desenvolvidos pelo SAMU, ou em outros serviços de saúde. O método mostrou-se útil e adequado para a construção de instrumentos de auditoria interna com vistas ao processo de preparo de uma organização para avaliação da qualidade de processos e resultados de serviço de saúde em geral.

De fato, o instrumento validado pode identificar a qualidade do cuidado de processos e resultados no SAMU, e seria interessante que no processo de avalição também fosse incluída a dimensão estrutura do serviço, uma vez que esta impacta em processos e resultados.

Recomenda-se a validação em campo do instrumento.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. **Adanced Cardiac Life Support: ACLS**. Tradução da 3a ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ALMEIDA, P. M. V**. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.** 2013. 131f. Dissertação (Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP), Botucatu, 2013. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009cabral-aps.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

AMAYA, M. K. **Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência.** 2015. 215 f. Dissertação. (Mestrado Acadêmico pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION: Guidelines 2015 CPR & ECC. **Destaques da American Heart Association 2015, atualização das diretrizes de RCP e AVE.** 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em 11/01/2017.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Pediatric Advanced Life Support. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Atualização das Diretrizes da Reanimação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência**. 2015

AMERICA READ CROSS. **Basic Life Support for Healthcare Providers**. 2010.

AZEVEDO, T. M. V. E. **Atendimento Pré-hospitalar na Prefeitura de São Paulo: analise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde**. 2002. 98 f. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

BASTOS, C.; MACHADO, M.; SOUZA, W. **Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência.** Lisboa: Formasau-Formação e Saúde, Lda 2008.

BECKER, I. A nomenclatura biomédica no idioma português do Brasil: contribuição ao seu estudo linguístico e ao estabelecimento de normas. **São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 1998.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento de Risco. **Revista Brasileira de**

Enfermagem, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BLACHARD, I. E. *et al*. Emergency Medical Services Response Time and Mortality in an Urban Setting. **Prehospital Emergency Care**. v.16, p 142-151, 2012. DOI: <doi: 10.3109/10903127.2011.614046>. Acesso em: 25 agost 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC/ **Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

_____. _____. Acidente Vascular Cerebral (AVC), **Ministério da Saúde** DF, 2014c. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

_____._____. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2003.

_____._____. Regulação médica das urgências**. Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2006, 126p. Disponível em: <http://187.17.2.102/fhs/media/files/samu/manual_de_regulacao_medica_das_urgencias.pdf>. Acesso 01 nov. 2016.

_____. _____.Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2010 Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf >. Acesso em 13 nov. 2015.

_____. _____ Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) da Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html >. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____ . _____Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html >. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____. _____Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011b. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html >. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____. _____. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022/ **Ministério da Saúde**, ,Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c.

_____ . _____.Portaria nº 2338, de 07 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html >. Acesso em 15 fev. 2015

_____ . _____.Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html >. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____. _____. Agencia de Vigilância Sanitária. Protocolo para Cirurgia Segura. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2013 a. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf.>. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____. _____. Protocolo de Identificação de Paciente. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2013 b. Disponível em: <file:///C:/Users/Matheus/Downloads/protoc_segurancaPrescricaoUsoAdministracaoMedicamentos.pdf>. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____. _____. Agencia de Vigilância Sanitária. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de medicamentos. **Ministério da Saúde**. Brasília 2013 c. Disponível em:

<file:///C:/Users/Matheus/Downloads/protoc_identificacaoPaciente.pdf>. Acesso em 1 7 jul. 2015.

_____. _____. DATASUS- Relatório executivo da gestão de 2011-2014/ **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

_____. _____. Protocolo de Suporte Avançado de Vida- SAMU192. Departamento de Atenção às Urgências e Emergências. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2014b.

_____ -_____.Portaria nº 2073, de 31 de agosto de 2011 Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar**. Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html>. Acesso em 15 fev. 2017

BROWN, J. *et al*. Helicopters and the Civilian Trauma System: National Utilization Patterns Demonstrate Improved Outcomes After Traumatic Injury. **The Journal of TRAUMA: Injury, Infection, and Critical Care.** V.69, N. 5, November 2010. DOI: < DOI: 10.1097/TA.0b013e3181f6f450>. Acesso em: 25 agost 2015

BUENO, A. S; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. Rev. **Texto Contexto Enferm**, 2010; 19(1): 45-53.

CABRAL, A. P. S. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**: um observatório dos acidentes de transporte terrestre. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Mestrado em Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, 2009. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009cabral-aps.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CABRAL, A. P. S. **Um Termômetro do Sistema Único de Saúde - o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192)**: análise do modelo em uma cidade do nordeste brasileiro. 2007. 85f. Monografia (Especialista em Saúde Pública) - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro de

Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, 2007. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cabral-aps.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CALDANA, G. *et al*. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Rene.** V. 12, n. 1, p. 189-97, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_html_site/a25v12n1.html. Acesso em: 11 fev 2016

CASTRO, G. L. T.; TOURINHO, F. S. V. Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Aspectos Ético-Legais. Ciência da Enfermagem em Tempo de Interdisciplinaridade, **16 º SENPE**. Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2011. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0465.pdf. Acesso em: 17. Jun .2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Resolução CRM n º 2.110, de 19 de novembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. **Ministério da Saúde,** Brasília, DF, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, *et al.* A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Ed. FIOCRUZ, 1997, p. 29-47.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; MAFRA, A. de A. – **A rede de atenção à urgência e emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. **Available from SciELO Books. Disponível em: <** http://books.scielo.org>. Acesso em: 04 dez 2015.

COUTINHO, A. P. O. **Construção e Validação de um instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**. 2007. 132 F. Dissertação (Mestrado Universidade Federal da Paraíba), João Pessoa, PB, 2007. Disponível em: http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/4989/1/Ana%20Claudia%20e%20Sheila.pdf . Acesso em: 11 fev 2016.

CROZETA, K**. Validação de um sistema decoleta dedadosde ulcera por pressão no Brasil. 2013. 283 f.** Tese (Doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CUNHA, A. P; SANTOS, M. S. S. A origem dos serviços de assistência pré-hospitalar. **Enferm. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 110-5, mar./abr. 2003.
CYRILO, R. M. Z. *et al*. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. **Rev Eletronica de Enfermagem**. V. 11, n.4, p.811- 19, 2009. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a06.pdf >.Acesso em: 02 jan. 2016.

DIAS, A. O.; MARTINS, E. A. P.; HADDAD M. C. L. Instrumento para avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida em um hospital universitário público. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 67, n.5, p. 700-707, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500700&lng=pt&nrm=iso&tlng=en >. Acesso em: 11/01/2017

DOLOR, A. L.T. **Atendimento pré-hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios éticos legais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo 2008. Disponível em: file:///C:/Users/Matheus/Downloads/Andre_Dolor%20(1).pdf. Acesso em 04 dez 2015.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990

_____. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem Fund Q**, v. 44, p.166-203, 1966.

_____. The quality of medical care**. Science**, Cambridge, v. 200, n. 4244, p. 856-864, 1978..

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, 1990.

_____. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. **New York**, Oxford University Press, 2003.

DONNAN G. A*., et.al*. Stroke. **Lancet**. 2008;371:1612-23.

ECKSTEIN, M., *et al.* Ems and managed care: the Los Angeles experience. **Prehospital Emergency Care**. v. 14, p. 245–249, 2010. DOI:< doi: 10.3109/10903120903537197> Acesso em: 25 agost 2015.

ESCRIVÃO JUNIOR, A.; MALIK, A. M. Gestão e saúde. **Cadernos FGV Projetos**. Brasília, v.2, n.3, p. 5-11. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6909/300.pdf?sequence=1>. Acesso em: 11/01/2017.

FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de Enfermagem. **Rev Esc Enf USP,** v. 31, n.1, p. 259-73, ago., 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>. Acesso em: 25/6/2016.

FATOVICH, D. M., et al. Major Trauma Patients Transferred From Rural and R. **The Journal of TRAUMA: Injury, Infection, and Critical Care** . V. 71, N.6, December 2011. DOI: < DOI: 10.1097/TA.0b013e318238bd4c> . Acesso em: 25 agost 2015.

FERRARI, D. História da ambulância. **Revista Intensiva**. 2006a, v.4, n.132.

FERRARI, G. L. **Pupilometria dinâmica: aplicação na detecção e avaliação da neuropatia autônomica diabética e estudo da correção entre a resposta temporal da pupila ao estímulo visual e a glicemia.** 2008. 89f. (Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica e Informática Industrial). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

FJAELDSTAD, A. et al. Physician-staffed emergency helicopter reduces transportation time from alarm call to highly specialized centre. **Danish Medical JOURNAL.** Jul. 2013. Disponível em: <<doi: 10.3109/10903127.2011.614046>. Acesso em: 25 agost 2015

FLORES, A. V. G. **Hemorragia Subaracnoidea em eclampsia posrparto**. 2016. 47. Monografia. (Facultad de Ciências de La Salud Carreira de Medicina)- Universidade Técnica de Ambato, Equador, 2016.

GAGLIARD, R. J. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura?. **Rev Neurocienc., v.** 18, n. 2, p:131-132, 2010. Disponível em: < **doi: 10.4181/RNC.2010.1802.02p>.** >. Acesso em: 11/01/2017.

GARWE, T. *et al*. A Propensity Score Analysis of Prehospital Factors and Directness of Transport of Major Trauma Patients to a Level I Trauma Center. **The Journal of TRAUMA: Injury.**

GEORGE, D., MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: s simple guide and reference**. 11.0 update. 4ª Ed. Boston: Ally & Bacon, 2003.

GERBER, A. S. **Análise dos sistemas de trabalho do serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU sob a ótica sociotécnica.** 135 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração Online**, Online, v. 2, n. 2, abr./mai./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm> Acesso em: 15 ago. 2016.

GREEN, P. J. **The content of a college-level outdoor leadership course.** Paper presented at the Conference of the Northwest District. Association for the American, 1982.

GUSTAVO, P. J. ; SAMIR, R. Atendimento Inicial ao Politraumatizado. Sistema de Educação em Medicina Continuada a Distância. **Artmed/Panamericana.** Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.semcad.com.br/semcad/programas/prourgem/?gclid=CKbfcbWo7MCFQjznAodxAEA8g> Acesso em 25 de novembro de 2015.

HENDRIKA, W., *et a*l. The Effect of Language Barriers on Dispatching EMS Response. **Prehospital Emergency Care**. V.17, n.4, p. 475-480. 2013. DOI: < http://dx.doi.org/10.3109/10903127.2013.811565>. Acesso em: 25 agost 2015.

KASNER, S. E. Clinical interpretation and use of stroke scales. **Lancet Neurol**., v. 5, n.7, p: 603-612, 2006.

KESZEI , A.; NOVAK, M.; STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J. Psychosom.** Res. 2010;68(4):319-23.

KULLA, M. *et al.* Prehospital endotracheal intubation and chest tubing does not prolong the overall resuscitation time of severely injured patients: a retrospective, multicenter study of the Trauma Registry of the German Society of Trauma Surgery. **Emerg Med J**. v.29, p. 497e501. 2012. Doi:<10.1136/emj.2010.107391> >. Acesso em: 25 agost 2015

KUSCHNIR, R. C. ; CHORNY, A. H. ; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2010. 180p.

LANCINI, A. B. **Avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do Samu.** 2013. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2001

LORENZETTI, J.; VANDRESEN, L.; GELBCKE, F. L. Inovação em saúde: sistema de gerenciamento em enfermagem. IN: VALE, E. G.; PERUZZO, S. A.; FELLI, V. E. A. **Programa de Atualização em Enfermagem:** PROENF Gestão. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, ciclo 04, v. 04, 2015, p. 69-120.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. São Paulo Med. J. 2005;123(1):3-4.

LUIZ, C.C.; JUNGER, W. L.; CAVALINI, L.T. Análise da atenção pré-hospitalar ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio na população idosa de minas gerais. **Rev Assoc Med Bras**. 2010; 56(4): 452-7. Disponível em: , http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/19.pdf. Acesso em: 17/02/2017

MACHADO, A.; HAETER, L.M. **Neuroanatomia funcional**. São Paulo: Atheneu. 2013.

MACHADO, C.V; SALVADOR, F.G.F; O'DWYERL. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**. V.45,

n.3, p.519-28, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MACHADO, J. J. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/192**: o enfermeiro diante do atendimento pré-Hospitalar. 2007. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Curso de Bacharelado em Enfermagem, Faculdade Assis Gurgacz (FAG), Cascavel, 2007. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Enfermagem/servico_de_atendimento_movel_de_urgencia_samu_192_o_enfermeiro_diante_do_atendimento_pre_hospitalar.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MACHADO, M. H. *et al.* Caracteristica gerais da enfermagem: o perfil demográfico. **Enferm. Foco.,** Rio de Janeiro, v.7, p. 9-14, 2015. Disponível em:<file:///C:/Users/Matheus/Downloads/686-1743-1-SM.PDF>. Acesso em: 22/01/2017.

MARTINS, P.P.S. **Atendimento Pré-Hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem?:** uma reflexão crítica a partir do Serviço do Corpo de Bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil á luz da filosofia da práxis. 2004. 264 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0461.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MARTINS, G. de A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios.** São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12; jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>. Acesso em: 07 mai. 2016.

MATTEI, A. T. **Validação do conteúdo de uma escala com fatores preditivos de complicações da hipertensão arterial sistêmica na Atenção primária.** 2015. 207 f. Dissertação. (Mestrado Acadêmico pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

MEIRA, M. M. **Diretrizes para a educação permanente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. 2004. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0601-D.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

MELO, R.P. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene.,** Fortaleza, v.12, n.2, p.424-31, 2011. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a26v12n2.pdf> Acesso em: 22/01/2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549p.

MERCADANTE, O. A *et al*. Evolução das políticas públicas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMANN, Jacobo, Org. **Caminhos da saúde pública no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 235-313. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1877-1886, ago, 2008

MULLAN, Fitzhugh. A Founder of Quality Assessment Encounters A Troubled System Firsthand. **Health Affairs**, 20, no.1 (2001):137-141. doi: 10.1377/hlthaff.20.1.137.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIAN. Prehospital. Trauma Life Supporte Trauma First Response. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, 400 p. Disponível em: <http://issuu.com/elsevier_saude/docs/phtls_atendimento_pr___hospitalar_a>. Acesso em: 05 jan 2016

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

OHWAKI, K.*, et al*. Relationship Between Time from Ambulance Call to Arrival at Emergency Center and Level of Consciousness at Admission in Severe Stroke Patients. **Prehospital and Disaster Medicine**. v.28, n.1, 2013. DOI: <doi:10.1017/S1049023X12001549>. Acesso em: 25 agost 2015.

OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F. C. **Introdução ao método de Delphi.** 1 ed. Curitiba, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Profissional e Prática Colaborativa.** Geneva, Suiça, 2010. Disponível em: http://www.sbfa.org.br/fnepas/oms_traduzido_2010.pdf. Acesso em: 05 mar. 2015.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina.** 2014, 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. . Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009cabral-aps.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PARAVAR, M et al. Prehospital Care and In-hospital Mortality of Trauma Patients in Iran. **Prehosp Disaster Med**.v.29, n. 5, p1-5. 2014. DOI: 10.1017/S1049023X14000879 · Source: PubMed>. Acesso em: 25 agost 2015.

PAULO, RB et. al. Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação. **Rev Assoc Med.** Bras. 2009; 55(3):313-6.

PERROCA MG, GAIDZINSKI RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes – coeficiente Kappa. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2003;37(1):72-80.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 49-57, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-48.pdf>. Acesso em: 21/01/2017.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. Bras. Enferm. [online]**. Brasília (DF), v. 58, n. 3, p. 355-60. mai./jun.,2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a20v58n3.pdf> Acesso em: 28 de jun. 2015.

ROCHA, M. A. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:** vigilância auditiva e visual na ótica dos profissionais. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n. 13, v. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/ index.php/revista/article/view/36/31>. Acesso em: 22 maio 2016.

SCARPELINI, S**. A organização do atendimento às urgências e trauma**. Medicina. Ribeirao Preto. 2007, v. 40, v3, p.315-20.

SCHWEITZER, G. **Protocolo de Cuidados de Enfermagem no Ambiente Aeroespacial à Adultos Vítimas de Trauma**: uma pesquisa convergente assistencial, 2010. [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

SEMA, A. *et al.* The Association of Mobile Medical Team Involvement on On-Scene Times and Mortality in Trauma Patients. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care**. V. 69, N. 3, September 2010. DOI: <http://dx.doi.org.ez22.periodicos.capes.gov.br/10.1097/TA.0b013e3181e74858 > . Acesso em: 17jul 2015.

SETHI, A. K. *et al.* Comparison of combitube, easy tube and tracheal tube for general anesthesia. J Anaesthesiol Clin Pharmacol., v. 30, n. 4, p: 526–532, 2014. Disponível em: <10.4103/0970-9185.142849>. Acesso em: 21/01/2017.

SHAH, M. N. The formation of the emergency medical services system. **Am J Public Health**. 2006, V.96, n.3, p.414–23. DOI: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470509/>. Acesso em: 05 fev. 2015.

SILVA, E. A. C. *et.al***. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):571-7. DOI: < http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>. Acesso em: 17. Jun. 2015

SILVA, N. C; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 471-77, 2012.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do Médico e do Enfermeiro que atuam em Atenção Primária de Saúde. **Rev. Esc.Enf.USP**, v.33, n.3, p.207-16,1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/685.pdf>. Acesso em: 15/06/2016.

SILVESTRE, A. L. **Avaliação da estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município da Região Metropolitana de Curitiba.** 2017. 175 f. Dissertação. (Mestrado Acadêmico pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SOUSA *et. al*. Validade e reprodutibilidade do questionário Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida de Acadêmicos (Isaq-A). Arq. Ciênc. Esporte. 2013;1(1):21.

SPIRI, W. C. Significado do gerenciamento em enfermagem: a busca por evidências. IN: VALE, E. G.; PERUZZO, S. A.; FELLI, V. E. A. **Programa de Atualização em Enfermagem:** PROENF Gestão. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, ciclo 04, v. 04, cap. 01, 2015, p. 09-33.

TIBURCIO, M. P. *et al*. Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 4, p. 581-87, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400581&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 21/02/2017.

VITURI, D. W. *et al*. Welcoming with risk classification in teaching hospitals: assessment of structure, process and result. **Revista Latino Americana de**

Enfermagem, v. 21, n. 5, p. 1179-1187, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>. Acesso em 29 jan. 2017.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. esc.** enferm. USP. São Paulo, v. 43, n.2, 2009. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200024>. Acesso em: 16/02/2017.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, 2º trim, 2000. Disponível em: <http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf . Acesso em: 24 ago. 2016

WYND, C. A; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res** 2003; 25(5):508-518.

YEW, K. S; CHENG, E. Acute stroke diagnosis. Am Fam Physician. 2009;80:33-40.4.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- EMAIL CONVITE AOS PAINELISTAS PARA INICIAR A PRIMEIRA RODADA

E-mail enviado dia 22 de agosto de 2016.
Prezado(a) Sr(a).,

Conforme informado no e-mail anterior, iniciamos o processo de validação do instrumento que tem como objetivo avaliar a qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência relacionado ao Acidente Vascular Cerebral.

Ressaltamos que a primeira fase para responder ao questionário vai até 27 de Agosto de 2016.

PARA COMEÇAR O PROCESSO DE VALIDAÇÃO CLIQUE NO LINK:
https://docs.google.com/forms/d/1nPi5s1oX-8IK3Hzou7ysSHvToe-PLmnODs0-P8O88uU/edit?usp=sharing
O passo inicial, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é clicar no botão **SIM** para responder o restante do questionário.

EM ANEXO SEGUE OS ARQUIVOS:
- O Resumo de como será realizada as etapas de validação por meio da Técnica Delphi; o instrumento a ser avaliado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desde já agradecemos sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!
Atenciosamente,

Md Flávia Fernandes Portela
Pesquisadora
Email:fportela.fla@gmail.com
Fone: 41 88249377

Prof ª Drª Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Orientadora
Email: ldgwolff@gmail.com
Fone: 41 96768200

Instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Cerebral

Prezado(a) :
Esta é a primeira rodada para validação do instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Cerebral. A construção e validação deste instrumento são objetivos de um projeto de dissertação. O instrumento foi construído com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida (2014); na Política Nacional de Atenção às Urgências; na Portaria 1864 (BRASIL, 2003); e em evidências de pesquisas internacionais relacionadas ao atendimento pré-hospitalar móvel.
Destaca-se que é indispensável a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para, posteriormente, indicar se aceita pariticipar da pesquisa. Diante do aceite de sua participação, solicita-se que o(a) senhor(a) preencha dados sobre suas condições sócio-demográficas, profissionais e acadêmicas. A seguir, solicita-se que responda as perguntas do questionário destinado à avaliação do instrumento com relação a sua aparência e conteúdo.
Vale salientar que nenhum dos participantes da pesquisa terá sua identidade exposta, em nenhum momento do estudo.
Solicita-se que o questionário seja respondido e enviado à pesquisadora, mediante o acionamento do link "ENVIAR". Após o recebimento de todos os questionários enviados, a pesquisadora retornará o resultado das respostas relacionadas à avaliação do instrumento por todos os participantes e, ainda, os seus resultados em relação aos dos demais.
Agradecemos a sua contribuição como participante desta pesquisa!

*Obrigatório

Seção sem título

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Flávia Fernandes Portela e Leila Soares Seiffert, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a) profissionais de saúde com título de mestre ou doutor, que orientaram dissertações/teses ou tenham produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar; enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência e enfermeiros assistenciais que atuem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da região metropolitana de Curitiba a participar de um estudo intitulado: **"Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência relacionados ao Acidente Vascular Cerebral.** É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância .

a) O objetivo desta pesquisa é construir e validar um instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder de duas a três rodadas de questionários, as quais terão duração aproximada de 40 a 60 minutos cada, com intervalo de duas semanas. O questionário deverá ser respondido via eletrônica, pelo sistema Google Docs®, por meio da técnica Delphi. Esta técnica envolve a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas visando ao consenso das opiniões sobre o objeto de estudo. No intervalo de cada rodada mencionada, serão feitas análises estatísticas das respostas e os resultados serão compilados em um novo questionário, que será distribuído novamente ao grupo de especialistas para orientação de suas novas respostas.

c) Para tanto você deverá comparecer em algum local que disponibilize de internet para responder ao questionário via eletrônica, pelo sistema Google Docs®.

d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto como especialista, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder ao questionário.

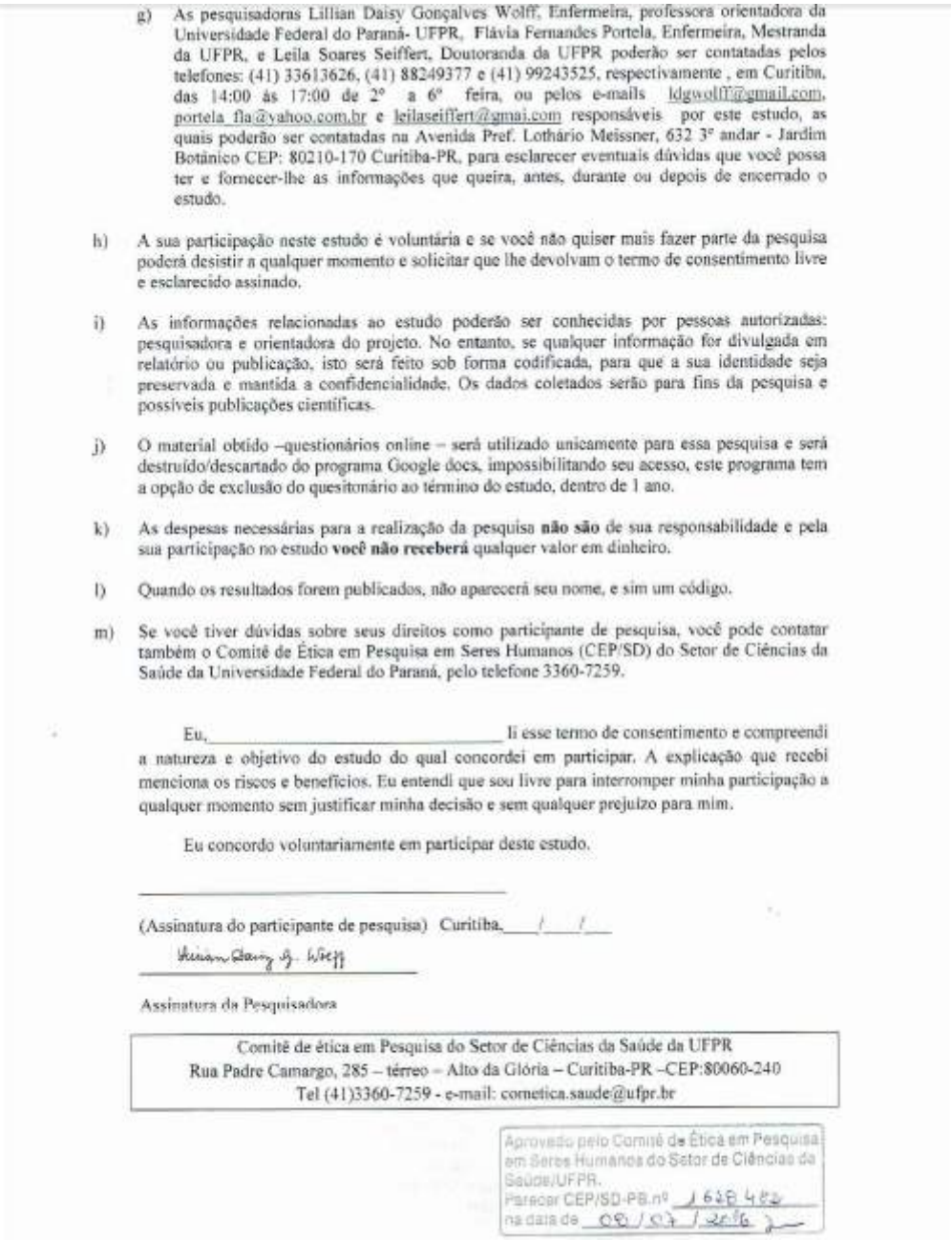
e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade de compreensão do instrumento e da metodologia e manuseio do sistema Google Docs®.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um instrumento válido para a avaliação da qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Cerebral e que este possibilite auxiliar os gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão visando à melhoria do atendimento e a implementação de ações que elevem o desempenho do serviço e das equipes. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE_____
Orientador_____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Padre Camargo, 285 – térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 1626 482
na data de 08/07/2016



g) As pesquisadoras Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Enfermeira, professora orientadora da Universidade Federal do Paraná- UFPR, Flávia Fernandes Portela, Enfermeira, Mestranda da UFPR, e Leila Soares Seiffert, Doutoranda da UFPR poderão ser contatadas pelos telefones: (41) 33613626, (41) 88249377 e (41) 99243525, respectivamente , em Curitiba, das 14:00 às 17:00 de 2° a 6° feira, ou pelos e-mails ldgwolff@gmail.com, portela_fla@yahoo.com.br e leilaseiffert@gmai.com responsáveis por este estudo, as quais poderão ser contatadas na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3° andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

j) O material obtido –questionários online – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado do programa Google docs, impossibilitando seu acesso, este programa tem a opção de exclusão do quesitonário ao término do estudo, dentro de 1 ano.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa **não são** de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu,_____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____

(Assinatura do participante de pesquisa) Curitiba,___/___/___

_____

Assinatura da Pesquisadora

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Padre Camargo, 285 – térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1.628.482
na data de 09/07/2016

1. **Após leitura e entendimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o senhor (a) concorda em participar voluntariamente da pesquisa?** *
   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Sim
   - ◯ Não

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Solicita-se que o(a) senhor(a) preencha dados sobre suas condições sócio-demográficas, profissionais e acadêmicas.

2. **1-Nome** *
   A identificação do participante será mantida em sigilo e é solicitada apenas a critério de conhecimento para envio dos emails pelo pesquisador

   _____

3. **2-Sexo** *
   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Feminino
   - ◯ Masculino

4. **3-Idade** *
   Indique sua idade somente em anos

   _____

5. **4-Em que cidade e estado o(a) senhor(a) trabalha?** *
   Esta informação é solicitada para que saibamos qual a abrangência da nossa coleta de dados.

   _____

6. **5-Qual sua formação profissional?** *

   _____

7. **6-Qual o ano de conclusão da graduação?** *

   _____

8. **7-Titulação** *
   Indique sua maior titulação acadêmica
   Marque todas que se aplicam.

   - ☐ Graduação
   - ☐ Pós-graduação (lato sensu)
   - ☐ Mestrado
   - ☐ Doutorado
   - ☐ Pós-doutorado

9. **8-Favor indicar a área de sua maior titulação acadêmica** *

   _____

10. **9-Atualmente, seu (s) campo (s) de atuação são:** *
    Marcar apenas uma oval.

    - ◯ Profissional docente e pesquisador
    - ◯ Profissional pesquisador (trabalha especificamente com pesquisas)
    - ◯ Enfermeiro da prática assistencial (trabalha no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
    - ◯ Enfermeiro docente na área de Urgência e Emergência

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Prezado (a):
Este questionário direciona-se à avaliação do instrumento construído pelas pesquisadoras, nas dimensões da validação da aparência, clareza e do conteúdo.

A primeira avaliação refere-se a validação da aparência do instrumento. É apresentado na tela o instrumento na sua íntegra. A seguir são elecandas várias perguntas em relação à aparência.

Solicita-se que o(a) senhor(a) leia com atenção cada pergunta e assinale uma resposta (1, 2, 3 ou 4) de acordo com o grau da sua concordância, e deixe sua sugestão caso julgar necessário.

Observação: o instrumento é contínuo, na figura a seguir ele esta exposto de maneira desmembrada para proporcionar melhor visualização.

1 ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Houve registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Houve registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
1.4 Houve registro da ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

2 TRIAGEM DO USUÁRIO POR MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Utilizou-se de algoritimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim. ( ) Não	Qual?_____

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim	( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim	( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?	( ) Sim	( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?*	( ) Sim	( ) Não	

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim	( ) Não	
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*			
Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo	( ) Sim	( ) Não	
Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim	( ) Não	
Aspiração de secreções	( ) Sim	( ) Não	
Retirada de próteses dentárias	( ) Sim	( ) Não	
Intubação - Via aérea definitiva	( ) Sim	( ) Não	
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal?*	( ) Sim	( ) Não	
7.5 Houve registro de administração intravenosa de 1 grama de Dipirona se Temperatura axilar > 37,8 ºC ?*	( ) Sim	( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim	( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl por infusão endovenosa de 30 a 50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim	( ) Não	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim	( ) Não	
7.12 Houve registro de administração intravenosa de Fenitoína (15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução Soro fisiológico 0,9%) em 20 minutos, se presença de convulsão?*	( ) Sim	( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min), de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim	( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim	( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompesação clínica durante o transporte?	( ) Sim	( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?			
No local	( ) Sim	( ) Não	
Durante o atendimento	( ) Sim	( ) Não	
Durante transporte	( ) Sim	( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2;AC21**

11. **9.1-Sobre a aparência do instrumento, o Sr (a) considera:** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

12. **9.2-Sugestões**
    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los.

13. **10-Sobre a clareza do instrumento, o Sr (a) considera:** *
    A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não Adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo Adequado

14. **10.1-Sugestões**
    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los.

15. **11-Sobre o instrumento, o Sr (a) avalia ser de fácil aplicação:** *
    A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

16. **11.1-Sugestões**
    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los.

Avaliação das questões do instrumento

O instrumento foi construído com o intuito de ser utilizado para avaliação da qualidade de processos e resultados (DONABEDIAN, 1978).

Avaliação de processo referem ao conjunto de atividades que acontecem entre a equipe de saúde e pacientes, englobando o componente técnico do cuidado: procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas(DONABEDIAN, 1978).

A avaliação de resultados refere-se ao produto final da assistência/atendimento, como melhorias nos

indicadores de saúde como de mortalidade, sequelas, bem como, a satisfação das expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1978).

No Brasil, a configuração do atendimento pré-hospilalar móvel se dá por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU) com suas unidades de transportes; e a Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU), a qual organiza todo o fluxo das chamadas telefônicas de solicitação de atendimento. Assim, há possibilidade de se avaliar de forma ampla os processos e resultados destes serviços, uma vez que poderão se originar das unidades de transporte e da CRMU.

Referências relevantes para a construção do instrumento:
Protocolo de Suporte Avançado de Vida (BRASIL, 2014)- AC1, AC2, AC21
AC1-Avaliação primária do paciente (agravo clínico):
https://www.dropbox.com/sh/fw5zmarrxbvn95d/AAAkJqSCTTmez8Mw0mJZxcSra/selection%20%281%29.pdf?dl=0
AC2-Avaliação secundária do paciente (agravo clínico):
https://www.dropbox.com/s/tr0782ddjix05fv/Protocolo%20ac2.pdf?dl=0
AC21-Acidente Vascular Cerebral:
https://www.dropbox.com/s/pyzvzl3l9l9d3tq/Protocolo%20ac21.compressed.pdf?dl=0
Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003):
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
Portaria 1864 (BRASIL, 2003):
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html
Portaria 1010 (BRASIL, 2012)
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html;
Evidências de pesquisas internacionais:
https://www.dropbox.com/s/jqzfakjxswya2i2/PARAVAR%202014.pdf?dl=0

1 ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Houve registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Houve registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
1.4 Houve registro da ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

17. **12-O Sr (a) considera que o título desta categoria está adequado às ações que se pretende observar** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

18. **12.1-Sugestões**
Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

19. **13-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *
A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

20. **13.1-Sugestões**
Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

2 TRIAGEM DO USUÁRIO POR MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Utilizou-se de algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim. ( ) Não	Qual?_____

21. **14-O Sr (a) considera que o título desta categoria está adequado às ações que se pretende observar** *
A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

22. **14.1-Sugestões**
Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

23. **15-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

24. **15.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

_____

_____

_____

_____

_____

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

25. **16-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

26. **16.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

_____

_____

_____

_____

_____

27. **17-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

28. **17.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim	( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim	( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	

29. **18-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

30. **18.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

31. **19-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

32. **19.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim	( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim	( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?	( ) Sim	( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?*	( ) Sim	( ) Não	

33. **20-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa Escalas:
https://www.dropbox.com/s/mpbcpacait3inhk/Escala%20de%20Glasgow.pdf?dl=0;
https://www.dropbox.com/s/f5b8l2pc8kcprrj/Escala%20Cincinnati.pdf?dl=0;
https://www.dropbox.com/s/n0lqbextmtb9xdn/Escala%20Los%20Angeles%20modificada.pdf?dl=0
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

34. **20.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

35. **21-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

36. **21.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

6 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PELO MÉDICO DA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?*	( ) Sim ( ) Não	

37. **22-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

38. **22.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

39. **23-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

40. **23.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim	( ) Não	
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*			
Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo	( ) Sim	( ) Não	
Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim	( ) Não	
Aspiração de secreções	( ) Sim	( ) Não	
Retirada de próteses dentárias	( ) Sim	( ) Não	
Intubação - Via aérea definitiva	( ) Sim	( ) Não	
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal?*	( ) Sim	( ) Não	
7.5 Houve registro de administração intravenosa de 1 grama de Dipirona se Temperatura axilar > 37,8 ºC ?*	( ) Sim	( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim	( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl por infusão endovenosa de 30 a 50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim	( ) Não	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim	( ) Não	
7.12 Houve registro de administração intravenosa de Fenitoína (15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução Soro fisiológico 0,9%) em 20 minutos, se presença de convulsão?*	( ) Sim	( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min), de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim	( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim	( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompesação clínica durante o transporte?	( ) Sim	( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?			
No local	( ) Sim	( ) Não	
Durante o atendimento	( ) Sim	( ) Não	
Durante transporte	( ) Sim	( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2;AC21**

41. **24-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

42. **24.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

_____

_____

_____

_____

_____

43. **25-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado". Marque apenas uma alternativa
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

44. **25.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

_____

_____

_____

_____

_____

45. **26-Há categorias ou itens faltantes no instrumento para que se possa avaliar qualidade de processos e resultados?**

Por favor, sugira se entender como necessário

_____

_____

_____

_____

_____

Powered by
Google Forms

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nós, Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Flávia Fernandes Portela e Leila Soares Seiffert, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o/a Senhor (a) profissionais de saúde com título de mestre ou doutor, que orientaram dissertações/teses ou tenham produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar; enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência e enfermeiros assistenciais que atuem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da região metropolitana de Curitiba a participar de um estudo intitulado: **"Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência relacionados ao Acidente Vascular Cerebral.** É através das pesquisas que ocorrem os avanços na área da Saúde e da Enfermagem, e a sua participação é de fundamental importância .

a) O objetivo desta pesquisa é construir e validar um instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder de duas a três rodadas de questionários, as quais terão duração aproximada de 40 a 60 minutos cada, com intervalo de duas semanas. O questionário deverá ser respondido via eletrônica, pelo sistema Google Docs®, por meio da técnica Delphi. Esta técnica envolve a aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas visando ao consenso das opiniões sobre o objeto de estudo. No intervalo de cada rodada mencionada, serão feitas análises estatísticas das respostas e os resultados serão compilados em um novo questionário, que será distribuído novamente ao grupo de especialistas para orientação de suas novas respostas.

c) Para tanto você deverá comparecer em algum local que disponibilize de internet para responder ao questionário via eletrônica, pelo sistema Google Docs®.

d) É possível que o Senhor (a) experimente algum desconforto como especialista, principalmente relacionado ao tempo gasto para responder ao questionário.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: dificuldade de compreensão do instrumento e da metodologia e manuseio do sistema Google Docs®.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: a obtenção de um instrumento válido para a avaliação da qualidade dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Cerebral e que este possibilite auxiliar os gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão visando à melhoria do atendimento e a implementação de ações que elevem o desempenho do serviço e das equipes. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE_____
Orientador_____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Padre Camargo, 285 – térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1626 482
na data de 08/07/2016

g) As pesquisadoras Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Enfermeira, professora orientadora da Universidade Federal do Paraná- UFPR, Flávia Fernandes Portela, Enfermeira, Mestranda da UFPR, e Leila Soares Seiffert, Doutoranda da UFPR poderão ser contatadas pelos telefones: (41) 33613626, (41) 88249377 e (41) 99243525, respectivamente , em Curitiba, das 14:00 às 17:00 de 2° a 6° feira, ou pelos e-mails ldgwolff@gmail.com, portela_fla@yahoo.com.br e leilaseiffert@gmai.com responsáveis por este estudo, as quais poderão ser contatadas na Avenida Pref. Lothário Meissner, 632 3° andar - Jardim Botânico CEP: 80210-170 Curitiba-PR, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadora e orientadora do projeto. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

j) O material obtido –questionários online – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado do programa Google docs, impossibilitando seu acesso, este programa tem a opção de exclusão do quesitonário ao término do estudo, dentro de 1 ano.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa **não são** de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo **você não receberá** qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu,_____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____

(Assinatura do participante de pesquisa) Curitiba,____/____/___

Lillian Daisy G. Wolff

Assinatura da Pesquisadora

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Padre Camargo, 285 – térreo – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 1628482
na data de 08/07/2016

APÊNDICE 4- RESUMO DA TÉCNICA DELPHI

O **INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL** foi construído com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida (2014); na Política Nacional de Atenção às Urgências; na Portaria 1864 (BRASIL, 2003); e em evidências de pesquisas internacionais relacionadas ao atendimento pré-hospitalar móvel.

Técnica Delphi: A técnica Delphi criada em 1948, é um método utilizado na obtenção de consenso confiável de opinião por um grupo de participantes/painelistas a uma série de questionários com feedback controlado (HASSON; KEENEY, 2011).

A Técnica tem como finalidade estabelecer um método de consenso baseado na opinião de participantes/painelistas sobre temas pouco investigados ou novos, tendo grande utilidade na construção de protocolos. Vantagens de utilizar a Técnica Delphi para consenso são:

- O anonimato entre os participantes/painelistas;
- Interação com informação de retorno;
- Utilização mais eficiente do tempo dos participantes/painelistas;
- Convergência na distribuição das respostas.

A operacionalização da Técnica Delphi nesta pesquisa:

1ª Etapa – Seleção e convite dos participantes/painelistas
Descrição: O recrutamento do Grupo 1 será de maneira intencional, a amostra será constituída de profissionais de saúde com título de mestre ou doutor, que orientaram dissertações/teses ou tenham produções científicas relacionadas à assistência no atendimento pré-hospitalar. A busca para os integrantes deste grupo será por meio da plataforma do Instituto Brasileiro de Informação, Ciência e Tecnologia (IBICT).
O grupo 2 será composto por enfermeiros docentes na área de Urgência e Emergência ou enfermeiros assistenciais que atuem no SAMU da região metropolitana de Curitiba, o recrutamento será por meio da técnica bola de neve. Os membros iniciais da amostra serão 2 docentes que atuam em disciplinas que se desenvolvem em serviços de urgência e emergência e 1 enfermeiro assistencial que atuem no SAMU região metropolitana de Curitiba. A técnica da bola de neve finalizará 30 participantes.
Realizar-se-á envio de email de uma carta convite e um documento com informações do projeto, o método/técnica empregados, bem como instruções para avaliação/validação do instrumento.

2ª Etapa – Envio da primeira versão do material
Descrição: encaminhamento do material a ser validado, via Google docs, para os participantes/painelistas que apresentaram sua anuência. O preenchimento

do questionário no Google Docs é antecedidos por explicação detalhada que auxilia o seu autopreenchimento.

3ª Etapa – Retorno com considerações (10 dias)
Descrição: Nesta etapa os participantes/painelistas acessam o link enviado por e-mail para emitirem seus pareceres na plataforma.

4ª Etapa – Consolidação do material pela equipe (10 dias)
Descrição: Após o retorno de todos os participantes/painelistas , as pesquisadoras faz a compilação de todo material, separando as diretrizes consensuadas das não consensuadas.

5ª Etapa – Envio das partes não consensuadas do material com as considerações
Descrição: Após a consolidação do material, os participantes/painelistas receberão um novo link com as diretrizes ainda não consensuadas e as considerações realizadas pela equipe da pesquisa para uma nova avaliação.

6ª Etapa – Retorno com considerações (10 dias)
Descrição: Nesta etapa os participantes/painelistas acessam o link enviado por e-mail para emitirem seus pareceres na plataforma.

7ª Etapa – Consolidação do material pela equipe (7 dias)
Descrição: Após o retorno de todos os participantes/painelistas, a equipe de pesquisa faz novamente a compilação de todo material, separando as diretrizes consensuadas das não consensuadas.

Se necessário será repetido as etapas 5ª e 6ª.

REFERÊNCIAS

HASSON, F., KEENEY, S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. Technological Forecasting & Social Change. n.78, p. 1695–704, 2011. Disponível em: . Acesso em: 10/06/2014.

APÊNDICE 5- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DIRECIONADO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AQPR/SAMU-AVC)- PRIMEIRA VERSÃO

1 ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Houve o registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Houve o registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Houve o registro da ocupação do usuário	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
2 TRIAGEM DO USUÁRIO POR MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Utilizou-se de algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim ( ) Não	Qual?_____
3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	

3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?*	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?	( ) Sim ( ) Não	
6 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PELO MÉDICO DA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?*	( ) Sim ( ) Não	
7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?* Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo Inserção de Cânula orofaríngea Aspiração de secreções Retirada de próteses dentárias Intubação - Via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal ?*	( ) Sim ( ) Não	

7.5 Houve registro de administração de Dipirona 1 g IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim ( ) Nã	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30 a 50 ml de Glicose 50%?8	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Nã	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.12 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?*	( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim ( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompesação clínica durante o transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( ) Durante o atendimento ( ) Durante transporte	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2;AC21**

APÊNDICE 6- E-MAIL CONVITE AOS PAINELISTAS PARA INICIAR A SEGUNDA RODADA

Prezados (as)

Novamente agradecemos a sua disponibilidade em participar da validação do Instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Encefálico.

Neste momento, iniciaremos **a 2ª Rodada** do processo de validação do material, seguindo a metodologia da Técnica Delphi.

Salientamos que na primeira rodada o instrumento obteve um 85,9% de concordância pelo Cálculo de Taxa de Concordância do Comitê. Adicionalmente, vários painelistas contribuíram com sugestões para melhoria do instrumento e a maioria delas foram acatadas.

Portanto, **faz-se necessária esta 2ª rodada a fim de que o(a) senhor(a) analise a nova versão do referido Instrumento.**

Para a segunda rodada verifique os documentos de feedback com as sugestões de todos os participantes, análise estatística e avalie a nova versão do instrumento.

Segue em anexo:
- O Resumo das etapas de validação por meio da Técnica Delphi; o *feedback (respostas de todos os participantes com alterações e justificativa); análise estatística da primeira rodada;* antiga versão do instrumento que será validado e a nova versão do instrumento que será validado.
Ressaltamos que a segunda fase para responder ao questionário vai do dia 28/11 a 06/12 .

ACESSE
QUESTIONARIO: https://docs.google.com/forms/d/1kccxrYBNvMLHv6Q6zzyiNQGzA4Wk5NSVFtOzjMyb_Bc/edit?usp=sharing

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGQ0mpvyK-COiI0Gsq2wzaoi8csGsrC-xceD-LSrrpqnBDjg/viewform

Observação: não será necessária a impressão dos anexos, a validação será realizada apenas via link disponível acima.

Desde já agradecemos sua disponibilidade e nos colocamos a disposição para eventuais dúvidas.

Aguardamos seu retorno!
Atenciosamente.

SEGUNDA ETAPA- Instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Encefálico

Prezado(a) :
O Instrumento para avaliação de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Encefálico, foi submetido a sua avaliação na primeira rodada da Técnica Delphi, e constatou-se que houve, em média, 85,9% de concordância entre as respostas dos painelistas.

Adicionalmente, vários painelistas contribuíram com sugestões para melhoria do instrumento e a maioria delas foram acatadas.

Portanto, faz-se necessária esta segunda rodada a fim de que o(a) senhor(a) analise a nova versão do referido Instrumento.

VALE SALIENTAR QUE A SUA PARTICIPAÇÃO COMO PAINELISTA NESTA PESQUISA CONTRIBUI PARA A CONSTRUÇÃO DESTE INSTRUMENTO, O QUAL SERVIRÁ DE ROTEIRO PARA AVALIAÇÕES DA QUALIDADE DE PROCESSOS E RESULTADOS DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, COM FOCO ESPECÍFICO PARA O ATENDIMENTO AO USUÁRIO VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.

Relembrando as definições:

Avaliação de processo referem ao conjunto de atividades que acontecem entre a equipe de saúde e pacientes, englobando o componente técnico do cuidado: procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas(DONABEDIAN, 1978).

Avaliação de resultados refere-se ao produto final da assistência/atendimento, como melhorias nos indicadores de saúde como de mortalidade, sequelas, bem como, a satisfação das expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1978).

Agradeço, cordialmente
Flávia Fernandes Portela

*Obrigatório

1. **8-Nome** *
   A identificação do participante será mantida em sigilo e é solicitada apenas a critério de conhecimento para envio dos emails pelo pesquisador

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

PRIMEIRA VERSÃO- Instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Encefálico- (Este instrumento foi exibido na primeira rodada de validação).

1 ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Houve registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Houve registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
1.4 Houve registro da ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

2 TRIAGEM DO USUÁRIO POR MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Utilizou-se de algoritimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim. ( ) Não	Qual?_____

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?*	( ) Sim ( ) Não	

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim	( ) Não	
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*			
Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo	( ) Sim	( ) Não	
Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim	( ) Não	
Aspiração de secreções	( ) Sim	( ) Não	
Retirada de próteses dentárias	( ) Sim	( ) Não	
Intubação - Via aérea definitiva	( ) Sim	( ) Não	
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal?*	( ) Sim	( ) Não	
7.5 Houve registro de administração intravenosa de 1 grama de Dipirona se Temperatura axilar > 37,8 ºC ?*	( ) Sim	( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim	( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl por infusão endovenosa de 30 a 50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim	( ) Não	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim	( ) Não	
7.12 Houve registro de administração intravenosa de Fenitoína (15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução Soro fisiológico 0,9%) em 20 minutos, se presença de convulsão?*	( ) Sim	( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min), de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim	( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim	( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompesação clínica durante o transporte?	( ) Sim	( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?			
No local	( ) Sim	( ) Não	
Durante o atendimento	( ) Sim	( ) Não	
Durante transporte	( ) Sim	( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2;AC21**

SEGUNDA VERSÃO- Instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência direcionado ao atendimento ao Acidente Vascular Encefálico- (Esta é a nova versão do instrumento, com algumas alterações conforme sugestões da primeira rodada).

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO Á CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.9 Houve registro do horário do início dos sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário:_____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

2 TRIAGEM MÉDICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVE?	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULÂNCIAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim.Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Sim.Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de : 3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima? 3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítmia?	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do paciente à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da: 4.1 Queixa principal do usuário?* 4.2 Aferição de sinais vitais do usuário?* 4.3 História alérgica do usuário?* 4.4 Medicamentos em uso pelo usuário?* 4.5 Tratamento em curso do usuário?* 4.6 Antecedentes de saúde do usuário?* 4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?* 4.8 Características do ambiente da ocorrência?* 4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da: 5.1 Escala de Glasgow* 5.2 Escala Cincinatti* 5.3 Escala de Los Angeles 5.4 Avaliação de foto-reatividade e simetria pupilar 5.5 Outras escalas	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

6 HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?*	( ) Sim ( ) Não	

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre desobstrução de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*		
7.2 Abertura das vias aéreas/elevação do queixo	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Inserção de cânula orofaringea	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Utilização de máscara laringea	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Utilização de combitube	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Intubação - via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não	
Houve registro de instalação de:		
7.9 Acesso venoso*	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Controle de temperatura corporal*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Monitorização cardiaca*	( ) Sim ( ) Não	
7.12 Oximetria de pulso*	( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 °C ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoina de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?*	( ) Sim ( ) Não	
7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?*	( ) Sim ( ) Não	
7.22 Houve justificativa para a não administração?	( )Sim ( ) Não	
Captopril 25 mg VO (inicio da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV		
7.23 Houve registro de apoio/orientação clinica por parte da equipe da CRMU ou de equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu da cena do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou no local de referência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompesação clinica enquanto transporte?		
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as		

7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?		
( ) No local	( ) Sim ( ) Não	
( )Durante o atendimento	( ) Sim ( ) Não	
( ) Durante transporte	( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2; AC21.**

2. **9.1-Sobre a aparência da segunda versão do instrumento, o Sr (a) considera:** *
   Esta questão atingiu 93,90% de concordância e para sua melhoria foi reformulada a redação para tornar o instrumento mais prático; aumentado o tamanho da fonte de 10 para 11; inserida a pergunta: “Houve registro do horário do início dos sinais e sintomas do usuário?”.Observação: Não foi alterado o tamanho das colunas 2 e 3, uma vez que os possíveis dados subjetivos são importantes para avaliação dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Acidente Vascular Encefálico. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
   Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

3. **9.2-Sugestões**
   Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los.

4. **10-Sobre a clareza da segunda versão do instrumento, o Sr (a) considera:** *
   Esta questão alcançou 87,90% de concordância e as alterações realizadas para sua melhoria foi elaborada uma pergunta universal: “Houve registro de:” para os itens 1.1 ao 1.9; de 4.1 ao 4.9 e de 5.1 ao 5.5; . Observação: o termo sexo foi mantido uma vez que em termos epidemiológicos este se aplica melhor.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
   Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não Adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo Adequado

5. **10.1-Sugestões**
   Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los.

6. **11-Sobre o instrumento (segunda versão) , o Sr (a) avalia ser de fácil aplicação:** *
   Esta questão atingiu 72,70% de concordância e para sua melhoria foi utilizados recursos de formatação para tornar o instrumento mais prático. Observação: O campo “Observação” poderá ser usado para questões subjetivas encontradas em fichas, bancos de dados e em outros registros institucionais.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
   Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

7. **11.1-Sugestões**
   Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los.

Avaliação das questões do instrumento

As perguntas estão direcionadas a segunda versão do instrumento.

A construção em conjunto do instrumento vislumbra auxiliar a avaliação da qualidade de processos e resultados do serviço, assim não se faz necessária a abordagem do estado clínico do usuário.

Primeira versão

1 ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Houve registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Houve registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
1.4 Houve registro da ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

Segunda versão

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO Á CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante? 1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário? 1.9 Houve registro do horário do início dos sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário:_____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

8. **12-O Sr (a) considera que o título desta categoria está adequado às ações que se pretende observar** *

   Esta questão atingiu 78,70% de concordância para sua melhoria houve alteração no título: “Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência” para “ Registro do Atendimento à Chamada Telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência”. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".

   Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

9. **12.1-Sugestões**

   Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

_____

_____

_____

_____

_____

10. **13-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

    Esta questão apresentou 84,80% concordância e para sua melhoria foi acrescido um item relativo ao local de ocorrência e mantidos os itens 1.4 e 1.8; no item 1.8 foi alterada a escrita “Foram solicitadas informações” para “Houve registro de informações”; foram acrescentados os itens 1.9 “Houve registro do horário do início dos sinais e sintomas do usuário?” e 1.10 “Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?”.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

11. **13.1-Sugestões**

    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Primeira versão

2 TRIAGEM DO USUÁRIO POR MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Utilizou-se de algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim. ( ) Não	Qual?_____

Segunda versão

2 TRIAGEM MÉDICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVE?	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

12. **14-O Sr (a) considera que o título desta categoria está adequado às ações que se pretende observar** *

    Esta questão apresentou 72,70% de concordância e para sua melhoria foi alterado o título “ Triagem do Usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência” para “Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência”. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

13. **14.1-Sugestões**

    Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

14. **15-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

    Esta questão apresentou 81,80% concordância e para sua melhoria houve a alteração do termo Acidente Vascular Cerebral (AVC) para Acidente Vascular Encefálico (AVE). No item 2.1 foi alterado “Observou-se” para “Foi utilizado”..A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

15. **15.1-Sugestões**

    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Primeira versão

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

Segunda versão

3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULÂNCIAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim.Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Sim.Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de : 3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima? 3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítmia?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do paciente à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	

16. **16-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

    Esta questão apresentou 72,70% de concordância e para a sua melhoria foi a modificado o título: “Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação de Urgência” para “Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência”.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

17. **16.1-Sugestões**

    Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

    _____

    _____

    _____

    _____

    _____

18. **17-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

Esta questão apresentou 84,80% de concordância e para sua melhoria foi reformulada a redação; reescrito o item 3.2 de " Houve registro na CRMU do despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas a equipe que irá atender a ocorrência" para "Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?"; foi inserido o item 3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítmia?; nos item 3.5 e 3.6 foi elaborada uma pergunta universal: "Houve registro de:"; foi acrescentado o item: "3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?".Observação: O item 3.7 visa saber se a ambulância mais próxima foi encaminhada ao local para atendimento e o item 3.8 visa saber se foram fornecidas informações clínicas aos profissionais da viatura. Observação 1: a instituição deve criar meios para controle dos diversos tempos de atendimento pré-hospitalar, e por isso é necessária uma ação integrada entre a CRMU e a ambulância. Existem equipamentos para mapeamentos realizados em tempo real, com os quais é possível identificar o horário em que a ambulância chegou ao local. Observação 2: Este instrumento destina-se à avaliação dos processos e resultados de atendimentos realizados pelo SAMU, especificamente no atendimento ao AVE, por diferentes serviços, os quais devem se organizar para melhor aplicá-lo.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

19. **17.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Primeira versão

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim	( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim	( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	

Segunda versão

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da:		
4.1 Queixa principal do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 História alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Tratamento em curso do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

20. **18-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

    Esta questão apresentou 90,90% de concordância e não foram realizadas alterações.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

21. **18.1-Sugestões**

    Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

22. **19-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

    Esta questão apresentou 93,90% de concordância e para a melhoria foi alterada a redação do item 4.8; nos item 4.1 a 4.9 foi elaborada uma pergunta universal: “Houve registro de:”. Observação: todo o instrumento esta baseado em protocolos e diretrizes nacionais e internacionais em Urgência e Emergência relacionados ao AVE.A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

23. **19.1-Sugestões**
    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Primeira versão

5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim	( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim	( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?	( ) Sim	( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?*	( ) Sim	( ) Não	

Segunda versão

5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da: 5.1 Escala de Glasgow* 5.2 Escala Cincinatti* 5.3 Escala de Los Angeles 5.4 Avaliação de foto-reatividade e simetria pupilar 5.5 Outras escalas	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

24. **20-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *
    Esta questão apresentou 87,90% de concordância e para a melhoria foi alterado o título "Aplicação de Escalas e Avaliação pupilar pela Equipe de Unidade de Suporte Avançado" para "Avaliação do Estado Neurológico".A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

25. **20.1-Sugestões**
    Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

26. **21-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

Esta questão apresentou 90,90% de concordância e para a melhoria foi disponibilizado um campo para completar informações sobre demais escalas utilizadas. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

27. **21.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Primeira versão

6 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PELO MÉDICO DA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?*	( ) Sim ( ) Não	

Segunda versão

6 HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?*	( ) Sim ( ) Não	

28. **22-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

Esta questão apresentou 90,90% de concordância e para a melhoria foi alterado o título “Hipótese Diagnóstica pelo Médico da Equipe de Unidade de Suporte Avançado “ para “Hipótese de Diagnóstico Médico”. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

29. **22.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

30. **23-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

    Esta questão apresentou 87,90% de concordância e para sua melhoria foi alterado o item: “6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?” para “6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?”. Observação: o instrumento está direcionado para os casos de suspeita ou confirmação de AVE. Portanto, não está direcionado à avaliação clínica do paciente e sim à avaliação da qualidade de processos e resultados do atendimento ao paciente. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
    Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

31. **23.1-Sugestões**

    Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Primeira versão

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim	( ) Não	
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*			
Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo	( ) Sim	( ) Não	
Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim	( ) Não	
Aspiração de secreções	( ) Sim	( ) Não	
Retirada de próteses dentárias	( ) Sim	( ) Não	
Intubação - Via aérea definitiva	( ) Sim	( ) Não	
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal?*	( ) Sim	( ) Não	
7.5 Houve registro de administração intravenosa de 1 grama de Dipirona se Temperatura axilar > 37,8 ºC ?*	( ) Sim	( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim	( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl por infusão endovenosa de 30 a 50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim	( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim	( ) Não	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim	( ) Não	
7.12 Houve registro de administração intravenosa de Fenitoína (15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução Soro fisiológico 0,9%) em 20 minutos, se presença de convulsão?*	( ) Sim	( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min), de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim	( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim	( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompesação clínica durante o transporte?	( ) Sim	( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não		O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?			
No local	( ) Sim	( ) Não	
Durante o atendimento	( ) Sim	( ) Não	
Durante transporte	( ) Sim	( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2;AC21**

Segunda versão

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre desobstrução de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*		
7.2 Abertura das vias aéreas/elevação do queixo	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Inserção de cânula orofaringea	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Utilização de máscara laringea	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Utilização de combitube	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Intubação - via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não	
Houve registro de instalação de:		
7.9 Acesso venoso*	( ) Sim ( ) Não	

7.10 Controle de temperatura corporal* 7.11 Monitorização cardiaca* 7.12 Oximetria de pulso*	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 °C ?* 7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoina de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?* 7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?* 7.22 Houve justificativa para a não administração? *Captopril 25 mg VO (inicio da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV*	( ) Sim ( ) Não ( )Sim ( ) Não	
7.23 Houve registro de apoio/orientação clinica por parte da equipe da CRMU ou de equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu da cena do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou no local de referência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompesação clinica enquanto transporte?		
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( )Durante o atendimento ( ) Durante transporte	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2; AC21.**

32. **24-O Sr (a) considera que o título desta categoria esta adequado às ações que se pretende observar** *

Esta questão apresentou 97% de concordância e para a sua melhoria foi alterado o título: “Intervenções realizadas pela Equipe de Unidade de Suporte Avançado” para “Intervenções realizadas pela equipe”. A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

33. **24.1-Sugestões**

Por favor, sugira um outro título, se entender como necessário.

34. **25-O Sr (a) considera adequados os itens que compõem essa categoria** *

Esta questão apresentou 90,90% de concordância e as alterações realizadas para sua melhoria foram: alteração do termo " permeabilidade de vias aéreas" para "desobstrução de vias aéreas*; foi alterado a escrita do item 7.1 "avaliação da permeabilidade das vias aéreas" para "desobstrução de vias aéreas*" foram acrescentados os itens: "7.4 Utilização de máscara laríngea" e "7.5 Utilização de combitube"; foram alterados os item de 7.9 a 7.12 e para os quais foi elaborada uma pergunta universal: "Houve registro de instalação de:"; os itens 7.14, 7.20 e 7.22 foram inseridos, os quais tem o mesmo enunciado: Houve justificativa para a não administração?; foram acrescentados os itens: "7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu da cena de atendimento?; 7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?" e "7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou no local de referência?"A opção 2 é "Pouco adequado", a opção 3 é "Consideravelmente adequado" e a opção 4 é "Adequado".

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Não adequado	◯	◯	◯	◯	◯	Muitíssimo adequado

35. **25.1-Sugestões**

Favor especificar o(s) item(ns) e as sugestões para aprimorá-los, se entender como necessário.

Powered by
Google Forms

APÊNDICE 8 – FEEDBACK PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS -RESUMO DAS SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO INSTRUMENTO, DAS ALTERAÇÕES REALIZADAS PELA PESQUISADORA E DE SUAS JUSTIFICATIVAS PARA AS SUGESTÕES QUE NÃO FORAM ACATADAS.

Neste apêndice apresenta-se o compilado de sugestões dos painelistas para aprimoramento do instrumento, das alterações realizadas pela pesquisadora e de suas justificativas para as sugestões que não foram acatadas, relativas às duas rodadas realizadas.

Compõe-se, primeiramente, de sugestões dos painelistas visando ao aprimoramento da aparência, clareza e facilidade de aplicação do instrumento, as quais são apresentadas juntamente com a sinalização de alterações realizadas ou justificativas emitidas pela pesquisadora, quando não acatou as sugestões.

Posteriormente, para cada uma das sete categorias do instrumento, apresenta-se: a) a sua imagem na primeira versão do instrumento, as sugestões dos painelistas quanto a adequabilidade dos títulos e o itens que a compõem, bem como as modificações ou justificativas realizadas pela pesquisadora após a primeira rodada.; b) a imagem da categoria na segunda versão do instrumento, as sugestões dos painelistas quanto a adequabilidade dos títulos e o itens que a compõem, bem como as modificações ou justificativas realizadas pela pesquisadora após a segunda rodada, c), a imagem da categoria na versão final do instrumento.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DA APARÊNCIA DO INSTRUMENTO, NA SUA <u>PRIMEIRA VERSÃO</u>

P1- Sugestões: o item 1 é muito extenso. Adicionar o início dos sintomas, considerando a viabilidade de terapia fibrinolítica para AVC.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: Os dados de caracterização do paciente são de grande importância, uma vez que a CRMU necessita destes para proporcionar um atendimento seguro e para melhor direcionamento da viatura para o local do atendimento. Por conta disso, devem ser registrados na fichas de atendimento pelos profissionais de saúde. Os dados sobre o início dos sintomas estão contemplados na Categoria 4. Porém, foi acrescentado na Categoria 1 o item: "*1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?"*, uma vez que tal dado é de suma importância aos profissionais que atendem a chamada telefônica.

P5 e P12 - Sugestões: Aumentar a letra no instrumento
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: Foi aumentado o tamanho da fonte, de Arial 10 para Arial 11.

P6- Sugestões: deixar as colunas 2 e 3 menores, dessa forma o texto na coluna 1, em algumas questões, ficaria mais espaçado.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: Não foi alterado o tamanho das colunas 2 e 3, uma vez que os possíveis dados subjetivos a serem registrados são importantes para avaliação dos processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Acidente Vascular Encefálico.

P1, P2, P17, P23, P31 e P33 - Sugestões: Reduzir o número de itens de avaliação
Alteração realizada pela pesquisadora: Não

Justificativa: todas as questões são importantes para a avaliação dos processos e resultados deste serviço, uma vez, que estão contempladas em diversos protocolos e diretrizes nacionais e internacionais relevantes.

P33 - Sugestões: Pensando na rotina dos cuidados de urgência e emergência, parece ser muito extenso e com grande risco de vários campos não serem preenchidos ou feitos de forma incorreta. Remete à ideia de poluição visual, apesar da possibilidade de resposta com a marcação de X.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: Pode ser considerado extenso, porém seus itens são relevantes para avaliação do serviço. Os itens para avaliação foram baseados em protocolos nacionais e internacionais, e todos referem-se à investigação da qualidade de processos ou de resultados do serviço, assim a qualidade deve ser considerada em suas dimensões de forma ampla.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DA CLAREZA DO INSTRUMENTO, NA SUA <u>PRIMEIRA VERSÃO</u>

P3 e P33 - Sugestões: realizar a fusão de algumas questões, no sentido de tornar o preenchimento mais prático.

P3 - Sugestões: deixar mais objetivo, por exemplo: no item 01: fazer uma pergunta universal: houve registro de: 1.1 nome; 1.2 idade; 1.3 sexo;... etc. Aplica-se também aos outros itens que repetem as perguntas.
Alterações realizadas pela pesquisadora: Sim
Tipo de alterações: Foi realizada a junção de alguns itens com o propósito de diminuir a extensão do instrumento. Foi elaborada uma pergunta universal: *"Houve registro de:*" para os itens: de 1.1 ao 1.9; de 3.5 e 3.6; de 4.1 ao 4.9 de 5.1 ao 5.5; e de 7.9 ao 7.12. Dois itens foram reescritos: a) o item: 3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?" passou a ser *"3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?"*

P17 - Sugestões: As informações serão coletadas por meio das fichas de atendimento do SAMU? É importante destacar que há muitos erros de preenchimento das fichas de atendimento, o que, muitas vezes não reflete a qualidade do atendimento prestado pela equipe. Sugiro que o instrumento de avaliação contemple somente informações que possam mudar o prognóstico do paciente.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: O instrumento está direcionado à avaliação da qualidade de processos e resultados do atendimento ao paciente, nos casos de suspeita ou confirmação de AVC. Portanto, não está direcionado à avaliação clínica do paciente.

P23 - Sugestões: Sucintamente, informar sobre as Escalas de Cincinatti e Los Angeles
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: esta informação já está contemplada no Item 5

P34 -Sugestões: Sugiro trocar o termo sexo (1.3) para gênero.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não

Justificativa: o termo sexo foi mantido uma vez que em termos epidemiológicos este se aplica melhor.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO EM RELAÇÃO À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, NA SUA PRIMEIRA VERSÃO

P1, P2, P17, P23, P31 e P33 - Sugestões: Reduzir o número de itens de avaliação
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: todas as questões são importantes para a avaliação dos processos e resultados deste serviço, uma vez, que estão contempladas em diversos protocolos e diretrizes nacionais e internacionais relevantes.

P3 - Sugestões: retirar o item 3.6, visto que o item 3.5 já contempla o GPS.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: reescrita dos itens 3.5 e 3.6, apresentados: "3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?" e "3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?" os quais passaram a ter uma pergunta em comum: "Houve utilização pela CRMU de:" sendo seguido por "3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?" e "3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítima?
O item 3.5 é mais específico, visa identificar se a ambulância mais próxima foi identificada por meio da ferramenta de geolocalização utilizada na CRMU, e o item 3.6 visa saber se o meio de comunicação utilizado era rádio ou telefone móvel. Com intuito de maior esclarecimento foi acrescentado o item: *"3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?"*

P3 - Sugestões: os itens da Categoria 4 poderia ser resumida em "houve registro de SAMPLA?" Especifique qual não foi contemplada.
Alterações realizadas pela pesquisadora: Em parte.
Justificativa: Foi realizada alteração do item da Coluna 4 para conter somente um enunciado, aplicável a vários subitens; porém em relação a questões relativas ao SAMPLA (sigla utilizada para identificar as perguntas realizadas), optou-se por mantê-las especificadas, individualmente, a fim de que a análise dos registros seja realizada de forma correta.

P3 - Sugestões: no item 7.2 modificar o termo de hiperextensão para "abertura das vias aéreas".:
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: alteração do termo "permeabilidade de vias aéreas" para *"desobstrução de vias aéreas".*

P3 - Sugestões: inserir um campo "houve desobstrução de vias aéreas?".
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipos de alteração: foi modificado o item 7.1: " Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?" para *" Houve registro de desobstrução de vias aéreas?*

P5 - Sugestões: inserir dados vitais para *check list*, como oximetria, PA, e outros, eu colocaria na frente do quadro: exemplo, em vez de ter a palavra observação, poderia ter o espaço para a anotação, exemplo: Oximetria (colocar o valor).

Alterações realizadas pela pesquisadora: Não
Justificativa: O instrumento é direcionado para avaliação da qualidade dos registros, portanto se abstém da avaliação clínica do paciente, assim não será necessário colocar valor dos dados vitais.

P6=3 – Sugestões: Inserir item para registro de monitorização de PNI (Pressão Arterial não Invasiva)?
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: Na Categoria 4, a qual aborda o registro pela equipe de USA sobre o índice de gravidade do usuário já contempla o registro da PNI.

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO

P6 - Sugestões: retirar a Coluna 3.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: o instrumento foi desenvolvido para ser objetivo, porém, poderão ocorrer questões subjetivas que implicarão anotações, assim o campo para observações se fará necessário. Este campo poderá ser usado para observações encontradas em fichas, bancos de dados e em outros registros institucionais.

P14 - Sugestões: as categorias 1, 2 e 3 podem ser mais difíceis de serem aplicadas devido à necessidade de acesso ao sistema do SAMU. Nestes casos os dados não estarão impressos como dos quadros seguintes. Ver possibilidade de acesso ao banco de dados dos serviços a serem pesquisados.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: o instrumento de avaliação pode ser aplicado por meio de observação de fichas de atendimento, bancos de dados ou outros registros institucionais.

P17 - Sugestões: Em decorrência da dinâmica de atendimento e falhas no sistema integrado às urgências, a aplicação do instrumento apresentará viés, o que, pode comprometer o resultado da avaliação. Sugiro estudar melhor a dinâmica do serviço. O instrumento de pesquisa deverá contemplar a estrutura de trabalho das equipes (número de funcionários e ambulâncias, falta de leitos para encaminhar o paciente, capacitação dos profissionais...). Obs.: lembrar que cada município possui uma estrutura de urgência e emergência.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: Vale salientar que este instrumento está direcionado para a avaliação de processos e resultados do atendimento ao AVC e não de avaliação de estrutura.

Na sequência, serão apresentadas as sugestões relativas à segunda versão do instrumento.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DA APARÊNCIA DO INSTRUMENTO, NA SUA <u>SEGUNDA VERSÃO.</u>

P2 - Sugestões: Sugiro permanecer com linhas de separação nos itens que estão agrupados, para facilitar a organização do preenchimento.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: uma vez que a Coluna critérios apresenta-se com linhas de divisão ,não foi alterada a separação dos itens de avaliação.

P 26 - Sugestões: no item 7.2 - abertura de vias aéreas: retirar "elevação do queixo", pois podem ser realizadas outras manobras, dependendo do caso.

Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: devido a pertinência da sugestão e a revisão dos protocolos utilizados, optou-se pela retirada de "elevação do queixo".

P26 - Sugestões: No item 7.16: retirar "se glicemia", colocar se hipo/hiperglicemia. Poderia deixar um asterisco e colocar na legenda.
Alterações realizadas pela pesquisadora: Não
Justificativa: optou-se por manter "se glicemia" conforme especificado em protocolo AC21- Acidente Vascular Cerebral- Protocolo de Suporte Avançado 2014.

P26 - Sugestões: No item 7.19, sugiro alterar para: "Houve registro do manejo no caso de crise convulsiva?". Pois, há alguns casos em que se utiliza o Fenobarbital e o Diazepam para crise convulsiva.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: não alterado devido a recomendação do Protocolo de Suporte Avançado- AVC (2014) estar referindo apenas o uso de Fenobarbital.

P26 - Sugestões: o item 7.21, acredito que daria para resumir. Sugiro retirar o *captopril e colocar na legenda.
Alterações realizadas pela pesquisadora: Não
Justificativa: optou por manter Captopril conforme especificado em protocolo AC21- Acidente Vascular Cerebral- Protocolo de Suporte Avançado 2014.

P26 - Sugestões: no item 7.23, retirar "equipe de telemedicina". Acredito que quando você fala em CRMU já está subentendido que é da equipe que lá atua.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Justificativa: realizada a retirada da equipe de telemedicina.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DA CLAREZA DO INSTRUMENTO, NA SUA <u>SEGUNDA VERSÃO</u>

P9 - Sugestões: Na Coluna Observações, poderia ter linhas demarcatórias conforme os critérios.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: de acordo com nossa análise **n**ão alterará a compreensão, assim não foi realizada a alteração.

P9 - Sugestões Corrigir a gramática
Alteração realizada pela pesquisadora: sim
Tipo de alteração: realizada revisão de português em todos os títulos e itens.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO EM RELAÇÃO À APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO, NA SUA <u>SEGUNDA VERSÃO</u>

P1- Sugestões: No Item 7.27 substituir "enquanto transporte" por "durante transporte"
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: foi alterada a escrita de: **"**7.27 Houve registro de descompensação clínica enquanto transporte?" para *"7.27 Houve registro de descompensação clínica durante transporte?".*

P2, P8, P10, P13, P19 - Sugestões: Instrumento extenso, diminuir itens.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa : todas as questões são importantes para a avaliação dos processos e resultados deste serviço, uma vez que estão contempladas em diversos protocolos e diretrizes nacionais e internacionais relevantes.

P9 - Sugestões: Para diminuir a perda de tempo para preenchimento, informatizá-lo.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: o instrumento poderá ser utilizado informatizado ou impresso, dependerá da decisão do serviço que irá utilizá-lo.

CATEGORIA 1 - 1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

1 ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
1.1 Houve o registro do nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Houve o registro da idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Houve o registro do sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Houve o registro da ocupação do usuário	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.6 Houve registro do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.7 Houve registro sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica	
1.8 Foram solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 1, NA <u>PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO</u>

P1, P6, P8, P17, P19, P22, P23 - Sugestões: reescrita do título.

P25 - Sugestões: reescrever a redação do título, Exemplo: Registro telefônico pela Central de Regulação Médica.

Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: o título foi alterado de: "Atendimento à chamada telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência" para *"Registro do Atendimento à Chamada Telefônica pela Central de Regulação Médica de Urgência".*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS QUE COMPÕEM A CATEGORIA 1, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P17 - Sugestões: excluir os itens 1.4 e 1.8. Adicionar local da ocorrência e ponto de referência.

Alterações realizadas pela pesquisadora: Sim
Tipo de alterações: foi acrescido um item sobre local de ocorrência *"1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?"*; foi mantido o Item 1.4 e reescrito o Item 1.8: "1.8 Foi solicitadas informações sobre os sinais e sintomas do usuário?" para *"1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?"*

CATEGORIA 1 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário: _____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 1, NA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P13 - Sugestões: Em questões como o sexo inserir: M( ) F( ) Outro( )
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: o instrumento não necessita verificar qual sexo do usuário e sim se o registro foi realizado.

P20 - Sugestões: a primeira opção me parecia mais clara
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: considerou-se que o título ficou mais claro e preciso após a sua alteração.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 1, NA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

Sem sugestões

CATEGORIA 1 - ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário: _____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da ambulância?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	

CATEGORIA 2 - 1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

2 TRIAGEM DO USUÁRIO MÉDICOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Utilizou-se de algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim ( ) Não	Qual?_____

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 2, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P3, P6, P31 -Sugestões: reescrita do título.
P25 -Sugestões: Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência (CRMU).
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo da alteração: alterado o título "Triagem do Usuário por médicos da Central de Regulação Médica de Urgência" para *"Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência".*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO ITEM DA CATEGORIA 2, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P16- Sugestões: Trocar termo AVC por "Acidente Vascular Encefálico" por se tratar de um termo mais amplo.
P17 - Sugestões: alterar escrita
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: troca do termo conforme sugerido, uma vez que o Encefalo envolve: cérebro, cerebelo e bulbo raquidiano e o acidente pode ocorrer em qualquer estrutura.

P19 - Sugestões: Especificar os algoritimos mais utilizados, até mesmo para padronizar o uso destes.
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: Isso depende do que o serviço estipulou como protocolo a ser utilizado pelos profissionais médicos.

CATEGORIA 2 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

2 TRIAGEM MÉDICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVE?	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 2, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P4 e P9 - Sugestão: substituir "Triagem médica" por "Triagem clínica", considero redundante Triagem médica pela central de regulação médica.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim

Tipo da alteração: alteração do título de: "Triagem Médica pela Central de Regulação Médica de Urgência" para *"Triagem Clínica pela Central de Regulação Médica de Urgência".*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO ITEM DA CATEGORIA 2, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P20- Sugestões: manter o termo AVC, segundo a literatura, o termo AVE abrange estruturas internas que não só o cérebro.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo da alteração: foi alterado o termo AVE por *AVC,* uma vez que o termo AVC é mais difundido entre protocolos nacionais e consequentemente o termos mais conhecido, assim o mais adequado para manter no instrumento (sustentado na discussão).

CATEGORIA 2 - ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

2 TRIAGEM CLÍNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

CATEGORIA 3 - 1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

3 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário do recebimento da chamada para atendimento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	Idem
3.5 Houve utilização pela CRMU de ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.6 Houve utilização meio de comunicação para identificação de ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não Qual?_____	
3.7 Foi fornecida pela CRMU informações à equipe da ambulância sobre condições clínicas do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 3, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P5, P6, P9, P17, P23, P28, P31 – Sugestões: reescrita do título.
P8 - Sugestões: Controle de liberação e deslocamento de ambulâncias pela Central 192.
Alterações realizadas pela pesquisadora: Sim

Tipo de alterações: foi modificado o título: “Atendimento pré-hospitalar pela Central de Regulação de Urgência” para *“Orientações e Controle de Liberação e Deslocamento de Ambulâncias pela Central de Regulação Médica de Urgência”.*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 3, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P17- Sugestões: Rever itens 3.3, 3.4 e 3.5. A CRMU não consegue controlar de maneira real os horários de saídas e chegadas das ambulâncias do SAMU. A CRMU repassa apenas o endereço e a natureza da ocorrência. A realização do acompanhamento das ambulâncias durante a ocorrência necessita de GPS integrado a central. Os condutores até informam via rádio o local de chegada, destino e retorno a base, porém, o registro dos horários estão na ficha de atendimento do SAMU e não na central de regulação médica.

Alterações realizadas pela pesquisadora: Em parte. Reescrita dos itens 3.3, 3.4 E 3.5.
Justificativa: a instituição deve criar meios para controle dos diversos tempos de atendimento pré-hospitalar (podendo a coleta deste dado ser realizada em fichas de atendimento, banco de dados e outros documentos institucionais), e por isso é necessária uma ação integrada entre a CRMU e a ambulância. Existem equipamentos para mapeamentos realizados em tempo real (como no caso já citado, o GPS), com os quais é possível identificar o horário em que a ambulância chegou ao local. Reescrita do item “3.2 Houve registro na CRMU do horário de despacho da ambulância (horário em que a CRMU emitiu instruções apropriadas à equipe que irá atender a ocorrência)?” passou a ser “3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?”; reescrita de “3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base para o local da ocorrência?” passou a ser “3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?” e reescrita de “3.4 Houve registro pela CRMU do horário em que a ambulância chegou ao local da ocorrência?” passou a ser “.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?”

CATEGORIA 3 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULANCIA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de : 3.5 ferramentas de geolocalização para	 ( ) Sim ( ) Não	

identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima? 3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não	
3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do paciente à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 3, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P2, P4, P9, P23, P26 - Sugestões: alterar o título, pois apresenta-se muito extenso.
Alteração realizada pela pesquisadora: não
Justificativa: optou-se por manter o título, ainda que considerado extenso, pois o mesmo apresenta maior esclarecimento sobre a abrangência dos itens.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 3, NA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO
Sem sugestões

CATEGORIA 3 - ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULANCIA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou ao local de atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de: 3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não	

3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima ao local de atendimento da usuário?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do usuário à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	

CATEGORIA 4 - 1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
4.1 Houve registro da queixa principal do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.2 Houve registro da aferição de sinais vitais do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.3 Houve registro da história alérgica do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.4 Houve registro de medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.5 Houve registro de tratamento em curso do usuário ?*	( ) Sim	( ) Não	
4.6 Houve registro de antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.7 Houve registro do horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim	( ) Não	
4.8 Houve registro sobre características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim	( ) Não	
4.9 Houve registro do horário do início dos sintomas e sinais do usuário?*	( ) Sim	( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 4, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P14 - Sugestões: colocar a ação da equipe de suporte básico igualmente.
Não
Justificativa: conforme AC21- Acidente Vascular Cerebral- Protocolo de Suporte Avançado 2014, o atendimento ao AVC deve ser realizado pelo Suporte Avançado de Vida, assim o foco do instrumento está direcionado para este tipo de ambulância.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 4, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P17- Sugestões: Rever item 4.8.
Alteração realizada pela pesquisadora: não
Tipo de alteração: nesta categoria utilizou-se da entrevista SAMPLA, a qual contempla o registro da características do ambiente.

CATEGORIA 4 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da: 4.1 Queixa principal do usuário?* 4.2 Aferição de sinais vitais do usuário?*	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

4.3 História alérgica do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Medicamentos em uso pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Tratamento em curso do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Antecedentes de saúde do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 4, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

Sem sugestões.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 4, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P1 - Sugestões: Retirar a palavra "usuário". Sugiro no início da categoria: "houve registro das seguintes informações referentes ao usuário", assim, pode-se manter os itens como: 4.1 queixa principal, 4.2 aferição dos sinais vitais e assim por diante.
Alteração realizada pela pesquisadora: sim
Tipo de alteração: Foi retirada a palavra usuário dos itens 4.1 a 4.7.

CATEGORIA 4 - ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da: 4.1 Queixa principal ?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Aferição de sinais vitais?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 História alérgica?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Medicamentos em uso?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Tratamento em curso?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Antecedentes de saúde?*	( ) Sim ( ) Não	

4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	
4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	

CATEGORIA 5 - 1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

5 APLICAÇÃO DE ESCALAS E AVALIAÇÃO PUPILAR PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
5.1 Houve registro da aplicação da Escala de Glasgow?*	( ) Sim	( ) Não	
5.2 Houve registro da aplicação da Escala Cincinatti?*	( ) Sim	( ) Não	
5.3 Houve registro da aplicação da Escala de Los Angeles?*	( ) Sim	( ) Não	
5.4 Houve registro da avaliação da foto-reatividade e simetria pupilar?	( ) Sim	( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 5, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P14, P17, P30, P33 - Sugestões: reescrita do título.
P3 - Sugestões: Retirar suporte avançado. Qualquer equipe de atendimento pode aplicar estas escalas. Sugiro "avaliação do estado neurológico".
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: alterado o título de: "Aplicação de Escala e Avaliação pupilar pela Equipe de Unidade de Suporte Avançado" para: *"Avaliação do Estado Neurológico".*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 5, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P17 - Sugestões: Inserir outros critérios: escala NIH, escala de HUNT-HESS, Escala de Fisher.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim, em parte.
Tipo de alteração foi acrescentado o item "5.5 Outras escalas? ( ) Sim. Qual?_____, ( ) Não". As escalas disponibilizadas para assinalar são as mais difundidas para a análise dos casos de AVC.

CATEGORIA 5 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da:		
5.1 Escala de Glasgow*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Escala Cincinatti*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Escala de Los Angeles	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Avaliação de foto-reatividade e simetria pupilar	( ) Sim ( ) Não	
5.5 Outras escalas	( ) Sim. Qual?_____	

	( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 5, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO
Sem sugestões

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 5, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P1 - Sugestões: no item 5.4 sugiro "avaliação das pupilas quanto ao tamanho, simetria e fotorreação"
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: acrescentado o tamanho, conforme sugestão

ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da: 5.1 Escala de Glasgow*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Escala Cincinnati*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Escala de Los Angeles	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Avaliação de foto-reatividade, tamanho e simetria pupilar	( ) Sim ( ) Não	
5.5 Outras escalas	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	

CATEGORIA 6 -1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

6 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PELO MÉDICO DA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica?*	( ) Sim ( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 6, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P3, P19 -Sugestões: reescrita do título
P8 - Sugestões: Hipótese de Diagnóstico Médico.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: foi alterado o título "Hipótese Diagnóstica pelo Médico da Equipe de Unidade de Suporte Avançado " para *"Hipótese de Diagnóstico Médico".*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO ITEM DA CATEGORIA 6, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

Sem sugestões

CATEGORIA 6 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

6 HIPÓTESE DE DIAGNOSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?*	( ) Sim ( ) Não	

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 6, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P17 - Sugestões: inserir 6.1: qual hipótese diagnóstica?
Alteração realizada pela pesquisadora: Não
Justificativa: o instrumento está direcionado para os casos de suspeita ou confirmação de AVC, assim não será necessário colocar o que foi sugerido, além do instrumento não ser direcionado à avaliação clínica do paciente e sim à qualidade dos registros de processos e resultados do atendimento.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO ITEM DA CATEGORIA 6, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P10 - Sugestões: Acrescentar a palavra "médico" após a palavra diagnóstico no item 6.1, fica mais coerente com o título.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
TIpo de alteração: foi incluído o termo médico após diagnóstico, por tratar-se de diagnóstico médico.

CATEGORIA 6 - ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

6 HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico médico?*	( ) Sim ( ) Não	

CATEGORIA 7 - 1ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO			
Item de avaliação	**Critério**		**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim	( ) Não	
7.2 Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*			
	( ) Sim	( ) Não	
Hiperextensão da cabeça/elevação do queixo	( ) Sim	( ) Não	
Inserção de Cânula orofaríngea	( ) Sim	( ) Não	
Aspiração de secreções	( ) Sim	( ) Não	
Retirada de próteses dentárias	( ) Sim	( ) Não	
Intubação - Via aérea definitiva			
7.3 Houve registro de instalação de acesso venoso?*	( ) Sim	( ) Não	
7.4 Houve registro de controle de temperatura corporal	( ) Sim	( ) Não	

?*		
7.5 Houve registro de administração de Dipirona 1 g IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Houve registro de monitorização cardíaca?*	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Houve registro de oximetria de pulso?*	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.9 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30 a 50 ml de Glicose 50%?8	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.12 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?*	( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de redução da pressão arterial mediante administração de anti-hipertensivo**, se e somente se a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar)?*t ***Captopril 25 mg Via oral (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com o Protocolo de Suporte Avançado de Vida*	( ) Sim ( ) Não	
7.14 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da Central de regulação ou da Equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro pela equipe do horário da saída da ambulância do local da ocorrência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.16 Houve registro de descompensação clínica durante o transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve indicação da CRMU à equipe da ambulância sobre o serviço de referência para encaminhamento do usuário?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	O horário é indispensável para cálculo dos indicadores de tempo
7.18 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( ) Durante o atendimento ( ) Durante transporte	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1; AC2;AC21**

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 7, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P3 - Sugestão: Retirar suporte avançado. Nem sempre é a equipe do suporte avançado que atende estes usuários.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alteração: foi alterado o título: "Intervenções realizadas pela Equipe de Unidade de Suporte Avançado" para *"Intervenções realizadas pela equipe".*

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 7, NA PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P14 - Sugestões: Os itens 7.14 e 7.15 serão analisados novamente acessando a CRMU. Ainda, no item 7.15, normalmente registra-se o horário de chegada ao serviço de referência (horário de chegada ao local da ocorrência e de chegada ao serviço de referência).
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim, outra, não a sugerida pelo painelista.
Justificativas: o instrumento de avaliação pode ser aplicado na observação de fichas de atendimento, bancos de dados ou outros registros institucionais. O horário de chegada no local da ocorrência esta contemplado no item: 3.4 . Para maior esclarecimento acrescentou-se o item: *"7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?"*

P16 - Sugestões: No Item 7.2 acrescentaria a utilização de dispositivos supra glótico (mascara laríngea e combitubo).
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alterações: acrescentado os itens: *7.4 Utilização de máscara laríngea e 7.5 Utilização de combitubo.* Para melhor entendimento dos itens, optou por substituir a numeração 7.2 para 7.2 a 7.8.

CATEGORIA 7 - 2ª VERSÃO DO INSTRUMENTO

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre desobstrução de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*		
7.2 Abertura das vias aéreas/elevação do queixo	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Utilização de máscara laríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Utilização de combitubo	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Intubação - via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não	
Houve registro de instalação de:		
7.9 Acesso venoso*	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Controle de temperatura corporal*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Monitorização cardíaca*	( ) Sim ( ) Não	

7.12 Oximetria de pulso*	( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?* 7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?* 7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?* 7.22 Houve justificativa para a não administração? *Captopril 25 mg VO (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV*	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.23 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da CRMU ou de equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu da cena do atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou no local de referência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompesação clínica enquanto transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( ) Durante o atendimento ( ) Durante transporte	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1;AC2; AC21.**

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DO TÍTULO DA CATEGORIA 7, DA <u>SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO</u>

P10-Sugestões: acredito que seria melhor especificar, como na primeira versão.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim
Tipo de alterações: Optou-se por retornar a especificar a Equipe de Suporte Avançado, uma vez que esta apresenta aptidão e estrutura física para o atendimento ao AVC.

SUGESTÕES DOS PAINELISTAS PARA APRIMORAMENTO DOS ITENS DA CATEGORIA 7, DA SEGUNDA VERSÃO DO INSTRUMENTO

P4 - Sugestões: Checa-se a permeabilidade de vias aéreas em AVC, desobstrução é outra origem pela natureza da ocorrência.- obstrução de vias aéreas por corpo estranho, ou causa secundária, Primeiro termo mais adequado para AVC- Checa-se permeabilidade.
Alteração realizada pela pesquisadora: Sim.
Tipo de alterações: o item 7.1 foi alterado "7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*"

CATEGORIA 7 - ÚLTIMA VERSÃO DO INSTRUMENTO

7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*	( ) Sim ( ) Não	
7.2 Abertura das vias aéreas	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Utilização de máscara laríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Utilização de combitubo	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Intubação - via aérea definitiva		
Houve registro de instalação de:		
7.9 Acesso venoso*	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Controle de temperatura corporal*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Monitorização cardíaca*	( ) Sim ( ) Não	
	( ) Sim ( ) Não	

7.12 Oximetria de pulso*		
7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?*	( ) Sim ( ) Não	
7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?*	( ) Sim ( ) Não ( ) Outros fármacos: _____	
7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?*	( ) Sim ( ) Não	
7.22 Houve justificativa para a não administração? *Captopril 25 mg VO (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV*	( ) Sim ( ) Não	
7.23 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da CRMU?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu do local de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou ao local de referência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompensação clínica durante transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu?	( ) Sim ( ) Não	
( ) No local	( ) Sim ( ) Não	
( ) Durante o atendimento	( ) Sim ( ) Não	

( ) Durante transporte		

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1;AC2; AC21.**

APÊNDICE 9 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL URGÊNCIA DIRECIONADO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AQPR/SAMU-AVC) – SEGUNDA VERSÃO

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário: _____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da viatura?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
2 TRIAGEM MÉDICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVE?	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	
3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULANCIA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram	( ) Sim. Horário: _____	Idem

emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Não	
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou no local da ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de : 3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima? 3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento da vítmia?	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima do local de atendimento da vítima?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do paciente à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	
4 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da: 4.1 Queixa principal do usuário?* 4.2 Aferição de sinais vitais do usuário?* 4.3 História alérgica do usuário?* 4.4 Medicamentos em uso pelo usuário?* 4.5 Tratamento em curso do usuário?* 4.6 Antecedentes de saúde do usuário?* 4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos pelo usuário?* 4.8 Características do ambiente da ocorrência?* 4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da:		

5.1 Escala de Glasgow* 5.2 Escala Cincinatti* 5.3 Escala de Los Angeles 5.4 Avaliação de foto-reatividade e simetria pupilar 5.5 Outras escalas	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	
6 HIPÓTESE DE DIAGNOSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico?*	( ) Sim ( ) Não	
7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre desobstrução de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?* 7.2 Abertura das vias aéreas/elevação do queixo 7.3 Inserção de cânula orofaríngea 7.4 Utilização de máscara laríngea 7.5 Utilização de combitube 7.6 Aspiração de secreções 7.7 Retirada de próteses dentárias 7.8 Intubação - via aérea definitiva	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
Houve registro de instalação de: 7.9 Acesso venoso* 7.10 Controle de temperatura corporal* 7.11 Monitorização cardíaca* 7.12 Oximetria de pulso*	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?* 7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?* 7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante	( ) Sim ( ) Não	

administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?* 7.22 Houve justificativa para a não administração? *Captopril 25 mg VO (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV*	 ( ) Sim ( ) Não	
7.23 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da CRMU ou de equipe de telemedicina?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu da cena do atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou no local de referência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompesação clínica enquanto transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( ) Durante o atendimento ( ) Durante transporte	 ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1;AC2; AC21.**

APÊNDICE 10- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PROCESSOS E RESULTADOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DIRECIONADO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AQPR/SAMU-AVC)- ÚLTIMA VERSÃO

1 REGISTRO DO ATENDIMENTO À CHAMADA TELEFÔNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA (CRMU)		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve o registro do: 1.1 Nome do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.2 Idade do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.3 Sexo do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.4 Ocupação do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.5 Horário do recebimento da chamada?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
Houve registro: 1.6 do nome do informante?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.7 sobre a relação do informante com o usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica ( ) Impossibilidade:_____	
1.8 Houve registro de informações sobre os sinais e sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
1.9 Houve registro do horário do início dos sintomas do usuário?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____ ( ) Horário: _____	
1.10 Houve registro do local para o encaminhamento da ambulância?	( ) Sim ( ) Não ( ) Impossibilidade:_____	
2 TRIAGEM CLÍNICA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
2.1 Foi utilizado algorítimo ou fluxograma para raciocínio clínico no momento da triagem do AVC?	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	
3 ORIENTAÇÕES E CONTROLE DE LIBERAÇÃO E DESLOCAMENTO DE AMBULANCIA PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA		

Item de avaliação	Critério	Observação
3.1 Houve registro do horário de recebimento da chamada para o atendimento ao usuário?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	O horário é indispensável para o cálculo dos indicadores
3.2 Houve registro do horário em que foram emitidas instruções para a equipe que irá atender a ocorrência?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.3 Houve registro na CRMU do horário em que a ambulância saiu da base e foi encaminhada ao local do atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
3.4 Houve registro do horário em que ambulância chegou ao local de atendimento?	( ) Sim. Horário: _____ ( ) Não	Idem
Houve utilização pela CRMU de: 3.5 ferramentas de geolocalização para identificação da ambulância mais próxima do local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
3.6 Meio de comunicação (rádio, telefone móvel) para identificação de ambulância mais próxima ao local de atendimento do usuário?	( ) Sim ( ) Não	
3.7 Foi realizado contato pela CRMU com a ambulância mais próxima ao local de atendimento da usuário?	( ) Sim ( ) Não	
3.8 Foi fornecida pela CRMU informações clínicas do usuário à equipe da ambulância?	( ) Sim ( ) Não	
4 ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR PELA EQUIPE DE UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da: 4.1 Queixa principal ?*	( ) Sim ( ) Não	
4.2 Aferição de sinais vitais?*	( ) Sim ( ) Não	
4.3 História alérgica?*	( ) Sim ( ) Não	
4.4 Medicamentos em uso?*	( ) Sim ( ) Não	
4.5 Tratamento em curso?*	( ) Sim ( ) Não	
4.6 Antecedentes de saúde?*	( ) Sim ( ) Não	
4.7 Horário da última ingestão de líquido e alimentos?*	( ) Sim ( ) Não	
4.8 Características do ambiente da ocorrência?*	( ) Sim ( ) Não	

4.9 Horário do início dos sinais e sintomas do usuário?*	( ) Sim ( ) Não	
5 AVALIAÇÃO DO ESTADO NEUROLÓGICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
Houve registro da aplicação da: 5.1 Escala de Glasgow*	( ) Sim ( ) Não	
5.2 Escala Cincinnati*	( ) Sim ( ) Não	
5.3 Escala de Los Angeles	( ) Sim ( ) Não	
5.4 Avaliação de foto-reatividade, tamanho e simetria pupilar	( ) Sim ( ) Não	
5.5 Outras escalas	( ) Sim. Qual?_____ ( ) Não	
6 HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO MÉDICO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
6.1 Houve registro da hipótese diagnóstica ou diagnóstico médico?*	( ) Sim ( ) Não	
7 INTERVENÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO		
Item de avaliação	**Critério**	**Observação**
7.1 Houve registro sobre a avaliação da permeabilidade de vias aéreas?*	( ) Sim ( ) Não	
Diante da impermeabilidade de vias aéreas, houve registro de intervenções para corrigir situações de risco?*	( ) Sim ( ) Não	
7.2 Abertura das vias aéreas	( ) Sim ( ) Não	
7.3 Inserção de cânula orofaríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.4 Utilização de máscara laríngea	( ) Sim ( ) Não	
7.5 Utilização de combitubo	( ) Sim ( ) Não	
7.6 Aspiração de secreções	( ) Sim ( ) Não	
7.7 Retirada de próteses dentárias	( ) Sim ( ) Não	
7.8 Intubação - via aérea definitiva	( ) Sim ( ) Não	
Houve registro de instalação de: 7.9 Acesso venoso*	( ) Sim ( ) Não	
7.10 Controle de temperatura corporal*	( ) Sim ( ) Não	
7.11 Monitorização cardíaca*	( ) Sim ( ) Não	
7.12 Oximetria de pulso*	( ) Sim ( ) Não	

7.13 Houve registro de administração de Dipirona 1 g/IV se Temperatura axilar> 37,8 ºC ?* 7.14 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.15 Houve registro de oferta de O2 suplementar se Saturação O2<94%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.16 Houve registro de correção da glicemia se <80 mg/dl utilizando 30-50 ml de Glicose 50%?*	( ) Sim ( ) Não	
7.17 Houve registro de correção da glicemia se > 200 mg/dl?*	( ) Sim ( ) Não	
7.18 Houve registro de presença de convulsões?*	( ) Sim ( ) Não	
7.19 Houve registro de administração Fenitoína de 15 a 20 mg /KL /DOSE em 250 ml de solução SF 0,9 IV em 20 minutos se presença de convulsão?* 7.20 Houve justificativa para a não administração?	( ) Sim ( ) Não ( ) Outros fármacos: _____ ( ) Sim ( ) Não	
7.21 Houve registro de redução da PA mediante administração de anti-hipertensivo*, se somente a PAS> 220 mmHG ou PAD > 120 mmHg E/OU quando existir outra doença associada que exija a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar)?* 7.22 Houve justificativa para a não administração? *Captopril 25 mg VO (início da ação em 15 a 30 min) , de acordo com SAV*	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	
7.23 Houve registro de apoio/orientação clínica por parte da equipe da CRMU?	( ) Sim ( ) Não	
7.24 Houve registro pela equipe do horário em que a ambulância saiu do local de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.25 Houve registro do encaminhamento para o local de referência de atendimento?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.26 Houve registro do horário em que a ambulância chegou ao local de referência?	( ) Sim. Horário:_____ ( ) Não	
7.27 Houve registro de descompensação clínica durante transporte?	( ) Sim ( ) Não	
7.28 No caso de óbito, houve registro sobre as condições em que ele ocorreu? ( ) No local ( ) Durante o atendimento ( ) Durante transporte	( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não	

***Informações com base no Protocolo de Suporte Avançado de Vida: AC1;AC2; AC21.**