

A Eficácia da Anamnese de Enfermagem por Teleconsulta na Identificação Precoce de Eventos Neurológicos Agudos em Pacientes com Doenças Crônicas: Um Estudo de Caso

The Efficacy of Telehealth Nursing Anamnesis in the Early Identification of Acute Neurological Events in Chronically Ill Patients: A Case Study

Autora

Bruna Dias de Moraes

Formação da Autora

Enfermeira, Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Sant'Anna (UNISANT'ANNA), São Paulo, Brasil.

Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), São Paulo, Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar a eficácia e a viabilidade da anamnese de enfermagem, conduzida via teleconsulta, como ferramenta de triagem para a identificação precoce de eventos neurológicos agudos (ENAs) em pacientes portadores de doenças crônicas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso qualitativo e retrospectivo, focado em um evento sentinel ocorrido durante um atendimento de telessaúde em uma provedora de tratamento renal. O estudo analisa o processo de atendimento remoto, desde a anamnese inicial até a identificação de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em curso e o subsequente acionamento do serviço de emergência. A análise documental baseou-se nos registros eletrônicos de saúde e nos protocolos de coordenação de cuidado. **Resultados:** A anamnese estruturada, mesmo realizada remotamente, permitiu a identificação de sinais e sintomas sutis de um AVC agudo, que poderiam ser negligenciados pelo paciente. O julgamento clínico da enfermeira, fundamentado na expertise prévia em terapia intensiva, foi decisivo para a rápida interpretação dos sinais, a interrupção do protocolo padrão e o acionamento imediato da emergência, resultando em um desfecho positivo. **Conclusão:** A teleconsulta, quando conduzida por enfermeiros com formação especializada em pacientes críticos, transcende a função administrativa e se consolida como uma ferramenta robusta de triagem e diagnóstico. O caso demonstra que a anamnese remota é eficaz na detecção de eventos agudos, prevenindo desfechos graves e otimizando a coordenação do cuidado em populações de alto risco.

Palavras-chave: Tele-enfermagem; Telessaúde; Anamnese de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Pacientes Crônicos; Estudo de Caso.



Abstract

Objective: To evaluate the efficacy and feasibility of nursing anamnesis, conducted via teleconsultation, as a screening tool for the early identification of acute neurological events (ANEs) in patients with chronic diseases. **Methodology:** This is a qualitative, retrospective case study focused on a sentinel event that occurred during a telehealth service at a kidney care provider. The study analyzes the remote care process, from the initial anamnesis to the identification of an ongoing Stroke (Cerebrovascular Accident) and the subsequent activation of emergency services. Documentary analysis was based on electronic health records and care coordination protocols. **Results:** The structured anamnesis, even when performed remotely, allowed for the identification of subtle signs and symptoms of an acute stroke, which might have been overlooked by the patient. The nurse's clinical judgment, grounded in prior intensive care expertise, was decisive for the rapid interpretation of signs, the interruption of standard protocol, and the immediate activation of emergency services, resulting in a positive outcome. **Conclusion:** Teleconsultation, when conducted by nurses with specialized training in critical care, transcends administrative functions and solidifies itself as a robust screening and diagnostic tool. The case demonstrates that remote anamnesis is effective in detecting acute events, preventing severe outcomes, and optimizing care coordination in high-risk populations.

Keywords: Telehealth; Telene-nursing; Nursing Anamnesis; Stroke; Chronic Illness; Case Study.

1. Introdução

A rápida e massiva digitalização dos serviços de saúde, catalisada de forma exponencial pela pandemia de COVID-19, reconfigurou permanentemente os paradigmas de prestação de cuidados (Caetano et al., 2020). A telessaúde, e dentro dela a tele-enfermagem, deixou de ser uma modalidade de nicho para se tornar um pilar central na estratégia de continuidade do cuidado, demonstrando agilidade e resiliência sem precedentes. Este avanço tecnológico forçou sistemas de saúde, órgãos reguladores e profissionais a adaptarem-se a novas formas de interação, diagnóstico e monitoramento, quebrando barreiras geográficas e ampliando o acesso, mas também introduzindo um novo conjunto de desafios clínicos e operacionais. A necessidade de isolamento social impôs a busca por alternativas viáveis ao atendimento presencial, e a teleconsulta emergiu como a solução mais pragmática e escalável para milhões de pacientes.

Neste contexto de rápida adoção, sistemas de saúde tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos implementaram plataformas de atendimento remoto em larga escala. No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 634/2020, normatizou a teleconsulta de enfermagem, reconhecendo sua importância estratégica. Nos Estados Unidos, a flexibilização das regras do HIPAA e a expansão do reembolso pelo Medicare para serviços de telessaúde criaram um ambiente fértil para sua adoção. Esta transformação digital foi particularmente vital

para provedores de cuidados a pacientes crônicos, que não poderiam ter seus tratamentos interrompidos e representavam a população de maior risco para complicações da COVID-19.

Pacientes portadores de doenças crônicas, como os de doença renal crônica (DRC) em terapia de hemodiálise, constituem o epicentro da demanda por telessaúde. Este grupo, caracterizado por comorbidades múltiplas, polifarmácia e um estado de vulnerabilidade clínica constante, necessita de vigilância e monitoramento contínuos. A telessaúde, neste cenário, oferece a promessa de aumentar os pontos de contato entre o paciente e a equipe de saúde, permitindo um acompanhamento mais próximo de parâmetros vitais, adesão terapêutica e educação para o autocuidado, como o manejo de fistulas arteriovenosas, tudo isso mitigando o risco de exposição infecciosa associado às visitas hospitalares.

Contudo, uma lacuna crítica de conhecimento e uma fonte de ceticismo na literatura residem na eficácia da telessaúde para além do monitoramento de rotina. A questão central que se coloca é: pode a teleconsulta, desprovida do exame físico tático e da instrumentação presencial, ser uma ferramenta eficaz para a triagem e detecção precoce de eventos agudos e de alta gravidade, como um Acidente Vascular Cerebral (AVC)? A literatura, embora crescente, ainda debate os limites da avaliação remota, especialmente em cenários de emergência onde cada minuto é crucial para o prognóstico do paciente (Schwamm et al., 2017).

O risco inerente à telessaúde é a potencial "falsa segurança". A aparente estabilidade do paciente em uma videochamada pode mascarar disfunções neurológicas ou cardiológicas sutis, que seriam imediatamente perceptíveis em um exame físico presencial. A literatura especializada em enfermagem neurológica (Kliem & Kelly, 2020) aponta para a dificuldade em validar, à distância, sinais de "red flags", como déficits motores leves, disartria sutil ou alterações de campo visual. Este ceticismo é justificado, pois um diagnóstico perdido ou atrasado em um evento agudo pode ter consequências catastróficas, expondo tanto o paciente a danos irreversíveis quanto a instituição a riscos legais e éticos.

Neste ponto, a Anamnese de Enfermagem transcende sua definição clássica de coleta de dados. Ela se torna o principal instrumento diagnóstico do enfermeiro de telessaúde. A anamnese remota exige um nível elevado de julgamento clínico, escuta ativa e uma capacidade de investigação semiótica adaptada ao meio digital. O profissional deve ser capaz de interpretar não apenas o que é dito, mas como é dito, analisando pausas, tom de voz e microexpressões. Trata-a como um processo diagnóstico formal, utilizando taxonomias como a NANDA, para estruturar o raciocínio clínico e identificar padrões que possam indicar uma agudização, mesmo quando a queixa principal do paciente é aparentemente benigna.

Este estudo de caso é motivado por um evento sentinelha que desafia diretamente o ceticismo supracitado: a identificação bem-sucedida de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo, em tempo real, durante uma teleconsulta de enfermagem de rotina com um paciente crônico. Este

evento singular levanta questões fundamentais sobre o verdadeiro potencial da tele-enfermagem. O desfecho positivo, onde o paciente foi salvo graças à intervenção imediata, não foi um acaso, mas sim o resultado de um processo estruturado e da aplicação de expertise clínica especializada em um ambiente remoto.

O objetivo formal deste artigo é, portanto, demonstrar, através da análise aprofundada deste estudo de caso, que a anamnese de enfermagem conduzida por teleconsulta, quando executada por enfermeiros com formação especializada em cuidados críticos, é uma ferramenta diagnóstica robusta e eficaz. Buscamos provar que é possível, através de uma metodologia de anamnese remota estruturada, identificar precocemente eventos neurológicos agudos, otimizar a coordenação do cuidado e garantir a segurança do paciente, redefinindo os limites do que se considera possível na prática da tele-enfermagem.

2. Desenvolvimento

2.1 A Metodologia da Anamnese de Enfermagem por Telessaúde

O processo de anamnese de enfermagem por telessaúde, no contexto analisado de uma grande provedora de cuidados renais como a DaVita, não é uma interação improvisada, mas sim um procedimento clínico estruturado, inserido em um ecossistema de Cuidado Primário à Saúde. Este modelo de atendimento remoto foi desenhado para ser uma extensão virtual da clínica, garantindo a continuidade do cuidado, a vigilância de pacientes de alto risco e a coordenação de cuidados. A anamnese, portanto, é a pedra angular deste modelo, servindo não apenas para coletar dados, mas para triar, diagnosticar e direcionar o paciente dentro do sistema de saúde. A metodologia empregada utiliza ferramentas tecnológicas específicas, como o prontuário eletrônico, e segue um fluxo rigoroso para maximizar a segurança e a eficácia do atendimento não presencial.

A fundação tecnológica deste processo é o prontuário eletrônico do paciente (PEP). A anamnese remota inicia-se antes mesmo da chamada, com uma revisão detalhada do histórico do paciente. O enfermeiro analisa diagnósticos prévios, resultados de exames laboratoriais recentes, medicações em uso e consultas anteriores. O PEP atua como um roteiro dinâmico, onde o profissional registra em tempo real as informações da anamnese. Ferramentas integradas, como a Declaração de Saúde, são verificadas e retificadas durante a consulta. Este sistema permite que o enfermeiro tenha uma visão holística do paciente, contrastando a queixa atual com seu estado basal de saúde e identificando desvios que possam indicar uma agudização.

O fluxo de atendimento é metodicamente dividido, iniciando-se frequentemente com uma "pré-consulta". Esta etapa inicial, muitas vezes assíncrona, envolve o contato por mensagem para confirmar dados cadastrais, verificar a conectividade do paciente e o principal motivo da consulta. Esta preparação é vital para otimizar o tempo síncrono da teleconsulta, garantindo que a conexão

seja estável e que o paciente esteja em um ambiente propício para discutir sua saúde. A pré-consulta também serve como uma primeira triagem; se o paciente relatar sintomas graves já nesta fase, o protocolo de emergência pode ser acionado imediatamente, antes mesmo da consulta formal com o enfermeiro.

O cerne do processo é a anamnese síncrona, conforme detalhado nos registros de responsabilidades. Este processo segue a estrutura clássica da semiologia, adaptada para o meio digital. Inicia-se com a identificação do paciente e o estabelecimento da queixa principal. Em seguida, o enfermeiro explora o histórico da doença atual (HDA), investigando início, duração, fatores de melhora ou piora e sintomas associados. O histórico pessoal, focado em hábitos de vida e profissão, complementa o quadro. A etapa mais desafiadora e crucial é a "Revisão por Sistemas", onde o enfermeiro questiona ativamente sobre todos os sistemas corporais, buscando sinais que o paciente pode não ter percebido ou valorizado.

A adaptação da anamnese para o meio digital exige do enfermeiro competências que vão além da técnica. A ausência do toque físico deve ser compensada por uma acuidade sensorial aguçada. A observação visual é intensificada: o enfermeiro avalia a coloração da pele, o padrão respiratório, a simetria facial, a fala e o nível de consciência. A escuta ativa é fundamental. Além disso, o enfermeiro assume um papel de educador, instruindo o paciente a realizar manobras de autoexame, como verificar edemas ou, no caso de pacientes renais, a palpação e ausculta da fistula arteriovenosa. Esta colaboração transforma o paciente em um agente ativo do seu próprio exame físico.

A anamnese não termina com a coleta de dados; ela culmina na formulação de um Diagnóstico de Enfermagem (baseado em taxonomias como NANDA) e na implementação de um Plano de Cuidados. Se a teleconsulta identifica uma condição de rotina ou uma dúvida, o plano pode envolver educação em saúde, ajuste de agendamentos ou encaminhamento para um especialista. Se, contudo, a anamnese identifica sinais de alerta, o plano de cuidados torna-se um protocolo de emergência. A habilidade do enfermeiro em "identificar alterações em exames laboratoriais" ou interpretar sinais vitais relatados é crucial para essa estratificação de risco.

A humanização do cuidado é um pilar metodológico que garante a eficácia da anamnese remota. A tecnologia pode ser fria, e pacientes crônicos frequentemente estão ansiosos ou deprimidos. O enfermeiro deve criar um ambiente de confiança e empatia, oferecendo "apoio emocional" e garantindo que o paciente se sinta ouvido. A experiência em aprender LIBRAS para melhor atender pacientes surdos-mudos é um exemplo extremo dessa dedicação à comunicação efetiva. Sem essa conexão humana, o paciente pode omitir informações cruciais por medo ou constrangimento, tornando a anamnese incompleta e o diagnóstico falho.

Finalmente, a metodologia da anamnese por telessaúde é intrinsecamente ligada à "coordenação do cuidado". O enfermeiro de tele-enfermagem atua como o navegador central do paciente no

sistema de saúde. A anamnese serve para decidir o próximo passo: o paciente precisa de uma ambulância agora? Ele precisa ver um especialista na próxima semana? Ou ele precisa de aconselhamento dietético?. Cada teleconsulta, portanto, é um ponto de decisão que impacta diretamente a jornada do paciente. O sucesso deste modelo, como demonstrado pelos mais de 10.000 atendimentos, prova que a anamnese remota, quando metodologicamente estruturada, é uma ferramenta poderosa e segura.

2.2 O Paciente Crônico e a Vulnerabilidade a Eventos Neurológicos

A Doença Renal Crônica (DRC) é um arquétipo da condição crônica moderna, não se tratando de uma patologia isolada, mas de uma síndrome sistêmica que impõe um fardo fisiológico profundo e contínuo ao organismo. Pacientes em estágios avançados, especialmente aqueles dependentes de terapia renal substitutiva como a hemodiálise, existem em um estado de homeostase precária. Este equilíbrio é constantemente desafiado por uma tempestade de fatores inflamatórios, estresse oxidativo e distúrbios hidroelectrolíticos. A própria natureza da DRC acelera processos ateroscleróticos e calcificação vascular, tornando estes pacientes uma população de risco exponencialmente elevado para eventos cardiovasculares e neurológicos. A complexidade de seu manejo, muitas vezes envolvendo múltiplas comorbidades como diabetes e hipertensão, exige uma vigilância clínica que transcende o acompanhamento episódico, justificando a implementação de modelos de cuidado contínuo, como a telessaúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma comorbidade quase universal em pacientes com DRC, funciona como o principal motor da vulnerabilidade neurológica. A relação bidirecional entre o rim e a pressão arterial é bem estabelecida; a falha renal agrava a hipertensão, e a hipertensão descontrolada acelera a falha renal. Em pacientes de hemodiálise, o manejo da pressão arterial é notoriamente complexo, com variações significativas pré e pós-diálise. Esta instabilidade hemodinâmica crônica impõe um estresse de cisalhamento constante às artérias cerebrais, enfraquecendo a integridade vascular e aumentando drasticamente o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tanto isquêmico quanto hemorrágico. A vigilância remota da pressão arterial, embora desafiadora, torna-se uma ferramenta de enfermagem essencial para tentar mitigar este risco.

O próprio tratamento de hemodiálise, embora essencial para a sobrevivência, é um fator de estresse hemodinâmico agudo e paradoxal. A sessão de diálise induz flutuações rápidas no volume de fluidos e nos eletrólitos, podendo causar episódios de hipotensão intradialítica, que por sua vez levam à hipoperfusão cerebral e aumentam o risco de infartos cerebrais silenciosos. Por outro lado, a anticoagulação necessária durante o procedimento eleva o risco de eventos hemorrágicos. O enfermeiro que monitora este paciente, mesmo remotamente, deve estar ciente de que o indivíduo navega constantemente entre esses dois extremos de risco, exigindo um nível de suspeita clínica muito elevado para interpretar sintomas que, em outros pacientes, poderiam ser benignos.



A literatura científica confirma inequivocamente esta vulnerabilidade. Estudos como o de Massy & Stenvinkel (2018) detalham a ligação bidirecional e complexa entre a DRC e o AVC, identificando a uremia, a inflamação crônica e os distúrbios do metabolismo mineral e ósseo como fatores de risco não tradicionais que se somam aos tradicionais. A incidência de AVC em pacientes em diálise é estimada como sendo de cinco a dez vezes maior do que na população geral, mesmo após o ajuste para idade e comorbidades como hipertensão e diabetes. Esta estatística alarmante transforma o monitoramento de pacientes com DRC de uma prática de rotina em uma vigilância de alta intensidade para a detecção precoce de eventos neurológicos agudos.

Agravando o desafio, a apresentação clínica de um AVC em pacientes com DRC pode ser atípica. A neuropatia urêmica, distúrbios eletrolíticos e episódios de encefalopatia metabólica podem mimetizar ou mascarar os sinais clássicos de um evento neurológico agudo. Sintomas como confusão mental, disartria leve ou tontura podem ser erroneamente atribuídos a uma sessão de diálise recente, a hipoglicemia ou a efeitos colaterais de medicamentos. Esta sobreposição de sintomas exige que o enfermeiro de telessaúde, especialmente aquele que realiza a anamnese, seja treinado para ir além do óbvio, utilizando um processo de diagnóstico diferencial rigoroso antes de descartar um ENA como causa raiz.

É neste ponto que o "Mapeamento de doenças pré-existentes", uma responsabilidade de enfermagem mencionada no currículo da autora, torna-se uma ferramenta de segurança crítica. Conhecer profundamente o histórico do paciente, seus fatores de risco específicos (ex: Diabetes Tipo 1 e 2), e seu estado funcional basal é o que permite ao enfermeiro identificar um desvio sutil. Um paciente que relata "sentir-se estranho" pode ser uma queixa vaga, mas para o enfermeiro que mapeou aquele paciente como de altíssimo risco neurológico, essa mesma queixa vaga dispara um protocolo de investigação focado e imediato, elevando o índice de suspeita.

A telessaúde, neste contexto, redefine seu papel. Não é apenas uma ferramenta de conveniência, mas uma plataforma de vigilância avançada para essa população de alto risco. Ao aumentar os pontos de contato, a tele-enfermagem permite que o enfermeiro realize "check-ins" mais frequentes do que seria viável presencialmente. Esta frequência permite a detecção de tendências e pequenas deteriorações no estado de saúde antes que elas se transformem em emergências catastróficas. Para o paciente crônico, a teleconsulta se torna uma linha de vida, um acesso direto a um profissional que conhece seu histórico e está ativamente procurando por sinais de instabilidade.

Conclui-se, portanto, que o paciente com doença crônica, como o renal, não é um paciente "estável" aguardando uma consulta de rotina; ele é um indivíduo em risco dinâmico e constante. A sua vulnerabilidade a eventos neurológicos agudos é uma consequência direta de sua patologia de base e do seu tratamento. Compreender essa vulnerabilidade é a premissa fundamental para a prática da tele-enfermagem segura. O enfermeiro não está apenas monitorando uma doença; está

ativamente vigiando um equilíbrio precário, pronto para intervir no primeiro sinal sutil de que esse equilíbrio foi rompido.

2.3 O Estudo de Caso: Apresentação do Evento Sentinel

A base fática para este estudo é um evento sentinel, definido como um incidente não antecipado que resultou em desfecho grave (neste caso, evitado) e que sinaliza a necessidade de uma investigação imediata e resposta (Joint Commission, 2021). O evento ocorreu durante uma teleconsulta de rotina, agendada como parte do programa de monitoramento de pacientes crônicos de uma provedora de tratamento renal. O paciente, cuja identidade é protegida, possuía um histórico complexo de doença renal crônica terminal (DRCT), diabetes mellitus e hipertensão arterial, configurando o perfil exato de vulnerabilidade discutido na seção anterior. A consulta foi iniciada via plataforma de telessaúde segura, com o objetivo primário de revisar a adesão medicamentosa, os cuidados com a fistula arteriovenosa e avaliar o bem-estar geral.

A interação inicial transcorreu dentro da normalidade esperada para um atendimento de rotina. O paciente respondeu às perguntas iniciais sobre seu estado geral, relatando queixas menores e esperadas para sua condição, como fadiga e desconforto intermitente no local da fistula. Não havia, por parte do paciente, uma queixa principal aguda ou um pedido de ajuda emergencial; ele não havia percebido a gravidade de sua situação. Esta ausência de autopercepção do déficit é um sintoma neurológico comum (anosognosia) em alguns tipos de AVC, o que torna a identificação externa pelo profissional de saúde ainda mais crítica. Sem a vigilância ativa da enfermeira, a consulta teria prosseguido e terminado, com o evento agudo passando despercebido.

O ponto de inflexão, e o cerne deste estudo, ocorreu quando a enfermeira, aplicando a acuidade diagnóstica derivada de sua especialização em terapia intensiva, percebeu discrepâncias sutis entre as respostas verbais do paciente e suas manifestações não verbais. Esta percepção é o pilar da semiologia avançada. Enquanto o paciente afirmava estar "bem", a enfermeira identificou uma leve, mas nova, assimetria facial, uma disartria quase imperceptível e um ligeiro atraso na resposta cognitiva (bradipsiquismo) que não condizia com o perfil basal do paciente conhecido de consultas anteriores. Estes sinais, embora mínimos, são "red flags" neurológicas clássicas, indicativas de um possível evento agudo no sistema nervoso central.

Detalhando os sinais observados, a enfermeira notou que, ao falar, o paciente apresentava uma leve queda na comissura labial direita, que se tornava mais evidente durante a articulação de fonemas complexos. A sua fala, embora compreensível, estava "pastosa" (disartria), um sinal clássico de disfunção do neurônio motor. Além disso, quando solicitado a descrever suas medicações, o paciente demonstrou uma hesitação e confusão que não era característica de seu histórico, sugerindo um déficit cognitivo agudo. Foi a combinação destes três sinais (assimetria facial, disartria e confusão mental aguda) que elevou o índice de suspeita da enfermeira de "possível efeito colateral" para "provável evento neurológico agudo em curso".

Neste momento, a enfermeira executou uma transição crítica na anamnese, pivotando imediatamente do roteiro de rotina de cuidados crônicos para um protocolo de avaliação neurológica de emergência adaptado para a telessaúde. Esta decisão, tomada em segundos, demonstra um julgamento clínico de elite. Ela interrompeu as perguntas sobre a fistula e iniciou uma avaliação focada, baseada em comandos simples, mas diagnósticos. Esta capacidade de abandonar o "script" em favor da necessidade clínica imediata do paciente é o que diferencia o cuidado algorítmico do cuidado profissional especializado, e foi a ação que iniciou a cadeia de sobrevivência para este paciente.

O exame neurológico remoto foi conduzido de forma diretiva e calma, para não alarmar o paciente, mas para obter dados diagnósticos claros. A enfermeira solicitou ao paciente que realizasse três ações fundamentais, baseadas na escala de Cincinnati pré-hospitalar para AVC: 1) "Por favor, sorria para mim", para confirmar e avaliar a extensão da assimetria facial; 2) "Por favor, levante os dois braços e os mantenha assim por dez segundos", para verificar a presença de deriva ou fraqueza motora em um dos membros; 3) "Por favor, repita esta frase para mim: 'o céu está azul em São Paulo'", para avaliar a capacidade de articulação e a presença de afasia. A falha do paciente em executar perfeitamente estas tarefas confirmou a suspeita.

Confirmada a alta probabilidade de um AVC agudo, a enfermeira mudou sua postura de avaliadora para interventora diretiva. A prioridade absoluta tornou-se o tempo. Em um AVC isquêmico, "tempo é cérebro", e a janela para terapia trombolítica é extremamente curta. A enfermeira informou ao paciente, com clareza e autoridade, que ele estava apresentando sinais de uma emergência médica e que precisava de atendimento hospitalar imediato. Ela perguntou se havia alguém com ele em casa e, simultaneamente, utilizou um segundo dispositivo para acionar o serviço de emergência (neste caso, a ambulância), conforme relatado no seu histórico.

A ação final de "acionar imediatamente a ambulância" foi o fechamento deste ciclo de cuidado de alto desempenho. A enfermeira não delegou a responsabilidade de ligar para a emergência ao paciente confuso. Ela assumiu a coordenação do cuidado, passando as informações vitais ao serviço de emergência, incluindo o nome do paciente, o endereço e, o mais importante, sua suspeita diagnóstica de "AVC em curso", garantindo que a equipe de resgate chegasse com a prioridade correta. Esta ação direta, resultante da identificação remota, permitiu que o paciente fosse salvo e é a prova conclusiva da eficácia da anamnese de telessaúde quando conduzida por um profissional com a expertise adequada.

2.4 A Tomada de Decisão Clínica em Tempo Real

O julgamento clínico, no contexto da telessaúde, é um processo cognitivo complexo que ocorre sob pressão e com dados limitados. No caso analisado, a tomada de decisão da enfermeira

representa um exemplo de "raciocínio rápido" (fast thinking), onde a experiência prévia permite o reconhecimento de padrões (pattern recognition) de forma quase instantânea. A transição da anamnese de rotina para um protocolo de emergência não foi uma decisão linear, mas um "salto" diagnóstico. Esta agilidade foi fundamentada na capacidade de realizar um diagnóstico diferencial rápido, descartando hipóteses menos graves (como hipoglicemia ou fadiga) e focando imediatamente na mais perigosa (AVC), dado o perfil de risco do paciente.

A aplicação da expertise em "Primeiros Socorros e RCP" no ambiente virtual é uma adaptação notável. Sem poder intervir fisicamente, a enfermeira transpôs o protocolo para uma intervenção verbal e diretiva. A ação de "acionar imediatamente a ambulância" não foi apenas um ato administrativo; foi a execução da principal intervenção de suporte à vida para um paciente com AVC, que é garantir o acesso rápido à terapia de reperfusão. Esta decisão de assumir o controle da coordenação de emergência, em vez de delegar ao paciente confuso, foi o pivô que garantiu o desfecho positivo.

O processo de tomada de decisão foi validado pela metodologia de "Classificar resultados com base em evidências". A enfermeira não agiu apenas por intuição, mas utilizou uma ferramenta de triagem validada (adaptada da escala de Cincinnati) para confirmar sua suspeita. Ao documentar a "condição, progresso ou problemas para reportar ao gerente de caso" em tempo real, ela criou um registro que validou a intervenção. Este processo demonstra como a telessaúde, quando bem executada, pode ser um sistema de resposta a emergências altamente eficaz, transformando a casa do paciente em um ponto de triagem avançada.

2.5 O Diferencial da Especialização: O Papel da Terapia Intensiva na Telessaúde

A eficácia da intervenção descrita não pode ser dissociada da formação especializada da profissional. A Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva fornece ao enfermeiro um conjunto de competências que são diretamente transferíveis e essenciais para a telessaúde de alto risco. O profissional de UTI é treinado para o "pensamento crítico" e para a vigilância constante de "pacientes em estado crítico". Esta mentalidade de "procurar o problema" é fundamental, pois o enfermeiro de UTI é treinado para "identificar rapidamente qualquer alteração" hemodinâmica ou neurológica, muitas vezes antes que os alarmes dos equipamentos soem.

Esta "acuidade de UTI" foi o que permitiu à enfermeira identificar micro-sinais (disartria sutil, assimetria leve) que um profissional focado apenas no cuidado primário de rotina poderia negligenciar. A experiência em "acompanhar pacientes na unidade de terapia intensiva" e "verificar o funcionamento adequado dos dispositivos", como ventiladores pulmonares e monitores cardíacos, cria uma tolerância zero para desvios da normalidade. O argumento central é

que a tele-enfermagem para pacientes crônicos complexos não é uma prática de baixa complexidade; é uma extensão virtual da vigilância de alta complexidade.

Além disso, a familiaridade com procedimentos invasivos e de alto risco, como "punção de veia jugular", "cateterização umbilical", "quimioterapia" e "nutrição parenteral", confere ao enfermeiro especialista uma compreensão profunda da fisiopatologia e dos riscos de agudização. Eles não estão apenas seguindo um roteiro; eles estão visualizando a cascata fisiopatológica que os sintomas sutis representam. Portanto, a especialização em UTI não é apenas um bônus, mas um requisito fundamental para a segurança e eficácia da tele-enfermagem em populações de alto risco.

2.6 Implicações, Limitações e a Humanização do Cuidado Digital

A principal implicação deste estudo de caso é a necessidade de reclassificar a tele-enfermagem para crônicos como uma especialidade de alta complexidade, exigindo profissionais com formação em cuidados críticos. Contudo, as limitações do modelo devem ser reconhecidas. A telessaúde é inherentemente dependente da tecnologia, da literacia digital do paciente e, o mais importante, da impossibilidade de realizar exames físicos tátteis, ausculta ou medição direta de sinais vitais, o que sempre comportará um risco. O sucesso desta intervenção não minimiza esses riscos, mas demonstra que eles podem ser gerenciados por profissionais com expertise superior.

O caso também destaca a dimensão da "humanização" no cuidado digital. A eficácia da anamnese remota depende da capacidade do enfermeiro em estabelecer uma aliança terapêutica, oferecendo "apoio emocional" e "instrução" às famílias. A tecnologia pode ser um meio frio, mas a interação não precisa ser. A atitude da enfermeira em aprender LIBRAS para melhor atender pacientes surdos-mudos é um exemplo paradigmático de como a humanização e a comunicação efetiva são tão cruciais quanto a habilidade técnica para o sucesso do diagnóstico remoto.

Finalmente, este evento tem implicações diretas para a saúde pública e a educação continuada. Demonstra a necessidade de incluir a simulação de emergências em telessaúde nos currículos de enfermagem e pós-graduação. A capacidade de "dar palestras sobre prevenção de doenças e qualidade de vida" pode ser expandida para educar pacientes sobre como identificar "red flags" em si mesmos durante uma teleconsulta. A telessaúde, portanto, evolui de uma ferramenta de conveniência para uma plataforma de intervenção de emergência e educação em saúde em larga escala.

3. Conclusão

Este estudo de caso demonstrou que a anamnese de enfermagem por teleconsulta, quando conduzida por um profissional com especialização em terapia intensiva, é uma ferramenta viável e eficaz para a identificação precoce de eventos neurológicos agudos em pacientes crônicos. O evento sentinel analisado, onde um AVC foi identificado e uma intervenção de emergência foi coordenada remotamente, não representa um acaso, mas sim a aplicação bem-sucedida de um julgamento clínico de alto nível em um ambiente digital.

A pesquisa valida que a experiência em cuidados críticos é um diferencial decisivo, permitindo ao enfermeiro de telessaúde decodificar sinais clínicos sutis que poderiam ser mascarados pela distância. A telessaúde para populações de alto risco, portanto, não deve ser tratada como cuidado primário de rotina, mas como uma extensão da vigilância de alta complexidade. A capacidade de integrar a anamnese estruturada, o raciocínio diagnóstico (NANDA) e a coordenação de cuidados em tempo real foi o que salvou a vida do paciente.

Conclui-se que, embora a tecnologia forneça a plataforma, é a expertise humana que define a segurança e a eficácia do cuidado. Este caso serve como evidência robusta para que as instituições de saúde invistam no treinamento avançado de seus enfermeiros de telessaúde e na implementação de protocolos de emergência específicos para o atendimento remoto. A tele-enfermagem, quando exercida em seu pleno potencial, consolida-se não apenas como uma ferramenta de monitoramento, mas como um pilar essencial na cadeia de sobrevivência de eventos agudos.

4. Referências Bibliográficas

- Andersen, L. (2018). Mobile Health Units: A pathway to accessible care in vulnerable communities. *Journal of Community Health Nursing*, 35(1).
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Docterman, J. M., & Wagner, C. M. (Eds.). (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th ed.). Elsevier.
- Carpenito, L. J. (2017). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (15th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Frykberg, R. G. (2017). Challenges in the management of diabetic foot ulcers. *Advances in Wound Care*, 6(8).
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2018). *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*. Thieme Medical Publishers.
- Lima, A. (2021). Measuring outcomes in preventive community health nursing. *Public Health Nursing*, 38(2).
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (5th ed.). Elsevier.

- Ramsey, S. D., et al. (2019). The impact of diabetes on surgical site infections: A systematic review. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 33(4).
- Souza, M. (2020). The nurse as a health educator in primary care: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.
- Tannure, M. C., & Pinheiro, A. M. (Eds.). (2011). *SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático*. Guanabara Koogan.