Revista Brasileira de Enfermagem
REBEn

Análise da triagem e dos atendimentos a mulheres vítimas de acidentes de trânsito

Analysis of triage and care for women victims of road accidents

Análisis del triagen y de los atendimentos a mujeres víctimas de accidentes de tránsito

Fernanda Penido Matozinhos[I]
ORCID:0000-0003-1368-4248

Ingrid Raiana Silverio[I]
ORCID: 0000-0003-4974-779X

Juliana Guilherme Boaventura[I]
ORCID:0000-0003-1993-5802

Thaís Moreira Oliveira[I]
ORCID: 0000-0001-6481-7608

Thales Philipe Rodrigues da Silva[I]
ORCID:0000-0002-7115-0925

Allana dos Reis Corrêa[I]
ORCID: 0000-0003-2208-958X

[I] *Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.*

Como citar este artigo:
Matozinhos FP, Silverio IR, Boaventura JG, Oliveira TM, Silva TPR, Corrêa AR. Analysis of triage and care for women victims of road accidents. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):1013-9. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0727

Autor Correspondente:
Allana dos Reis Corrêa
E-mail: allanareiscorrea@gmail.com

Submissão: 23-09-2018 **Aprovação:** 13-11-2018

RESUMO

Objetivo: analisar o fluxo do atendimento a mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT). **Método:** estudo descritivo, com 782 mulheres vítimas de ATT, classificadas pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM), entre 2015 a 2016. Analisou-se o perfil sociodemográfico e o tempo entre as etapas do atendimento, bem como o local de atendimento e desfecho. **Resultados:** das mulheres do estudo, 65,47% eram adultas jovens, 80,44% viviam sem companheiro(a) e 62,28% residiam em Belo Horizonte. Em relação ao tempo entre o registro e a classificação de risco, apresentou-se média de 7,7 minutos (DP:9,9). O fluxograma prevalente foi "Grande Traumatismo" (62,92%). 53,07% obteve nível de prioridade "Vermelho/Laranja" e o desfecho mais prevalente foi "Alta após consulta/medicação". **Conclusão:** o estudo evidencia que o hospital cumpre parcialmente os tempos preconizados pelo STM. Analisar o fluxo de mulheres vítimas de ATT contribuiu para otimizar a qualidade e eficiência da assistência.

Descritores: Acidentes de Trânsito; Mulheres; Admissão do Paciente; Enfermagem; Triagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the care flow for women victims of Road Traffic Accidents (RTA). **Method:** a descriptive study with 782 women victims of RAT, classified by the Manchester Triage System (MTS) between 2015 and 2016. The sociodemographic profile and the time between the stages of care were analyzed, as well as care place and outcomes. **Results:** of the women in the study, 65.47% were young adults, 80.44% lived without a partner and 62.28% lived in the city of Belo Horizonte. Regarding the time between recording and risk classification, the mean was 7.7 minutes (SD: 9.9). The prevalent flowchart was "Great Trauma" (62.92%). 53.07% had "Red/Orange" priority level and the most prevalent outcome was "Discharge after consultation/medication". **Conclusion:** the study shows that the hospital partially fulfills the times recommended by the MTS. Analyzing the flow of women victims of RAT contributed to optimize the quality and efficiency of care.

Descriptors: Accidents; Traffic; Women; Patient Admission; Nursing; Triage.

RESUMEN

Objetivo: analizar el flujo de atención de mujeres víctimas de Accidentes de Transporte Terrestre (ATT). **Método:** estudio descriptivo, con 782 mujeres víctimas de ATT, clasificadas por el Sistema de Triaje de Manchester (STM), entre 2015 y 2016. Se analizó el perfil sociodemográfico y el tiempo entre las etapas de la atención, así como el local de atención y desenlace. **Resultados:** de las mujeres del estudio, el 65,47% eran adultas jóvenes, el 80,44% vivía sin compañero (a) y el 62,28% residían en la ciudad de Belo Horizonte. En cuanto al tiempo entre el registro y la clasificación de riesgo, se presentó promedio de 7,7 minutos (DE: 9,9). El diagrama de flujo prevalente fue "Gran Traumatismo" (62,92%). El 53,07% obtuvo un nivel de prioridad "Rojo/Naranja" y el resultado más prevalente fue "Alta tras consulta/medicación". **Conclusión:** el estudio evidencia que el hospital cumple parcialmente los tiempos preconizados por el STM. El análisis del flujo de mujeres víctimas de ATT contribuyó a optimizar la calidad y eficiencia de la asistencia.

Descriptores: Accidentes de Tránsito; Mujeres; Admisión del Paciente; Enfermería; Triaje.

CC BY

INTRODUÇÃO

Os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) representam um importante problema de saúde pública mundial, sendo a 9ª causa de morte no mundo, uma vez que, por ano, 1,25 milhão de pessoas morrem e 50 milhões sofrem lesões[1]. De forma similar, no Brasil, em decorrência dos ATT, no ano de 2016, cerca de 35 mil pessoas morreram e, aproximadamente, 180 mil foram internadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Deste total, 6 mil óbitos e 36 mil internações foram de pessoas do sexo feminino[2].

Em meados da Segunda Guerra Mundial, as mulheres conquistaram lugar no mercado de trabalho e assumiram posições hierárquicas anteriormente ocupadas somente por homens[3]. Desde então, o índice da população economicamente ativa feminina vem sofrendo aumento e, atualmente, representa 44% da população brasileira[4]. No Brasil, a mudança no estilo de vida decorrente da transformação do papel da mulher, na sociedade, é uma forma de compreender o motivo pelo qual, no ano de 2016, os acidentes de transporte, dentre as causas externas, representaram a 2ª causa de morte em mulheres[2,5]. Entre os anos de 1990 a 2015, no Brasil, houve uma redução do número ATT de 32,8%[6].

Tais ocorrências, devido aos ATT, estão se tornando comuns nos serviços de urgência e emergência, implicando diretamente na assistência prestada às mulheres, uma vez que, além de gerar gastos, abrangem diversos setores de saúde, como o de especialização, da reabilitação física, da psicologia e da assistência social[7].

Na literatura recente, existem poucos estudos nacionais que analisam os ATT de mulheres e que contribuam para o planejamento estratégico em relação à temática desta pesquisa[1,3,8]. Ademais, as estatísticas revelam que o número de ATT entre mulheres é relevante. Este grupo populacional apresenta particularidades de cuidado[5,7].

A assistência hospitalar exige dos enfermeiros uma atuação baseada na individualidade e nas necessidades humanas básicas das mulheres vítimas de ATT[9], implicando a necessidade de conhecer a realidade dos serviços de saúde, repensar e elaborar estratégias para uma assistência hospitalar eficaz.

OBJETIVO

Analisar o fluxo do atendimento de mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT).

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo fundamentou-se nas recomendações nacionais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi obtida dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um descritivo, realizado com mulheres atendidas no pronto socorro de um hospital público e de ensino de Belo Horizonte - Minas Gerais, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. O hospital é referência no atendimento de urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, traumatologia, cirurgia vascular e realização de Classificação de Risco (CR), com o uso do Sistema de Triagem de Manchester (STM), desde 2008.

População, critérios de inclusão

A população inicial foi composta por 31.829 mulheres atendidas no pronto socorro. Destas 728, após o tratamento dos dados, possuíam idade igual ou superior a 18 anos, foram classificadas como vítimas de ATT atendidas no pronto socorro do referido local de estudo e classificadas pelo STM à admissão.

O STM é um instrumento clínico empregado nos serviços de urgência para construção do fluxo dos usuários, assegurando a atenção médica de acordo com o tempo de resposta e as necessidades do paciente. A partir da queixa principal, determina-se um fluxograma específico, composto por discriminadores pelos quais o enfermeiro analisa os sinais e sintomas, e classifica o paciente por cores/categoria, sendo 1-Vermelho (Emergência), 2 - Laranja (Muito Urgente), 3 -Amarelo (Urgente), 4 -Verde (Pouco Urgente) e 5 - Azul (Não Urgente) e define o tempo máximo de espera para o primeiro atendimento médico[10].

Classificou-se como ATT a categoria V01-V89 enquadradas na Classificação Internacional de Doenças- CID10, das quais foram selecionados os fluxogramas e discriminadores correspondentes.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento das variáveis nos prontuários eletrônicos. Os dados foram solicitados ao setor de Tecnologia de Informação da instituição cenário que possui dois *softwares* de armazenamento de dados, sendo um de gerenciamento de documentos de prontuários e um para realização da classificação de risco, segundo o STM. Com estas informações, criou-se o banco de dados desse estudo.

As mulheres foram acompanhadas desde a admissão até seu desfecho do atendimento no pronto socorro. As variáveis de estudo referem-se à idade, estado civil, cidade de residência, elementos referentes à CR, tempo médio decorrido entre as etapas do atendimento (registro, classificação de risco, atendimento médico), local de atendimento após a CR e desfecho do atendimento.

Os dados da classificação de risco seguiram as determinações do STM[9]. Foram analisados os fluxogramas, determinados conforme a queixa (sinais e sintomas) apresentada pelas pacientes, além dos discriminadores, sendo estes agrupados de acordo com suas semelhanças. Analisou-se, também, o nível de prioridade clínica atribuído por cor, prioridade e um tempo máximo para o primeiro atendimento médico, sendo: 1- Vermelho/emergência/tempo-resposta máximo de 0 minuto; 2- Laranja/muito urgente/tempo-resposta máximo de 10 minutos; 3- Amarelo/urgente/tempo-resposta máximo de 60 minutos; 4- Verde/pouco urgente/tempo-resposta máximo de 120 minutos; e 5- Azul/não urgente/tempo-resposta máximo de 240 minutos (respectivamente)[10].

As pacientes foram divididas em três grupos em relação à idade: adultas jovens (18 a 40 anos), adultas (41 a 59 anos) e

idosas (60 anos ou mais). Quanto ao estado civil, foram classificadas em: "vive com companheiro(a)" e "vive sem companheiro(a)". Em relação à cidade de residência, a população deste estudo foi dividida em três grupos, sendo o primeiro grupo composto por mulheres que viviam em Belo Horizonte; o segundo pelas que residiam na Região Metropolitana de Belo Horizonte; e um terceiro grupo composto por mulheres que moravam em outras cidades.

Análise dos resultados e estatística

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o *software* Stata versão 14.0. Para fins deste estudo, foram construídas representações esquemáticas por meio de figuras dos fluxogramas do STM, as quais indicam as prioridades clínicas das pacientes. A prioridade clínica classificada como 1- Vermelho (Emergência) foi unida à 2- Laranja (Muito Urgente) devido ao baixo número de dados da classificação "Vermelho" (n=1).

Foram avaliados três tempos médios de atendimento: tempo entre o "Registro e CR"; tempo de "Duração da CR"; e tempo entre a "CR e Primeiro Atendimento Médico", sendo este apresentado conforme o nível de prioridade.

O local de atendimento das pacientes após a CR incluiu as categorias: "Salas amarelas (clínica médica e cirúrgica, neurologia e vascular)", "Salas de emergência de clínica médica/cirúrgica", "Sala de ortopedia" e "Sala de sutura". O desfecho dos atendimentos foi categorizado como: "Alta após consulta/medicação", "Internação", "Alta com encaminhamento", "Transferida para outro hospital", "Desistência" e "Evasão".

Realizou-se a descrição da população deste estudo, e as estimativas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, com os respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%) das proporções. Para as variáveis numéricas, depois de verificada a simetria pelo teste Shapiro-Wilk, os dados foram apresentados por meio de média e Desvio Padrão (DP).

RESULTADOS

A população deste estudo foi composta por 782 mulheres com idade entre 18 e 94 anos. A maioria (65,47%) tinha entre 18 e 40 anos no momento do ATT, viviam sem companheiro(a) (80,44%) e residiam em Belo Horizonte (62,28%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre, segundo faixa etária, estado civil e cidade de residência, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015-2016

Variáveis	n (%)	IC 95%
Idade		
Adultas jovens (18 a 40 anos)	512 (65,47)	62,06 – 68,73
Adultas (41 a 59 anos)	182 (23,27)	20,44 – 26,37
Idosas (60 anos ou mais)	88 (11,25)	9,21 – 13,67
Estado civil		
Vive com companheiro(a)	153 (19,56)	16,97 – 22,55
Vive sem companheiro(a)	629 (80,44)	77,44 – 83,02
Cidade / local de residência		
Belo Horizonte	487 (62,28)	58,81- 65,61
Região Metropolitana de Belo Horizonte	287 (36,70)	33,38- 40,14
Outras Cidades	8 (01,02)	0,51 – 2,03

Notas: ATT= Acidentes de Transporte Terrestre; IC 95% = Intervalo de 95% de Confiança.

Tabela 2 – Perfil da classificação de risco segundo STM de mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre, Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015-2016

Variável	n (%)
Fluxograma	
Grande Traumatismo (trauma maior)	492 (62,92)
Quedas	95 (12,15)
Problemas nos Membros (problemas nas extremidades)	91 (11,64)
TCE	27 (3,45)
Outros	77 (9,84)
Discriminadores	
Mecanismo de trauma + Fratura exposta + Trauma direto + História de trauma cranioencefálico	355 (45,40)
Dor leve + Moderada + Pleurítica	337 (43,09)
Dor intensa	66 (8,44)
História de inconsciência + Alteração súbita + Déficit neurológico	17 (2,17)
Respiração inadequada + Dispneia aguda	2 (0,26)
Edema	5 (0,64)
Nível de prioridade (cor)	
1- Emergência (vermelho)/ 2- Muito Urgente (laranja)	415 (53,07)
3- Urgente (amarelo)	325 (41,56)
4- Pouco Urgente (verde)	42 (5,37)

Notas: ATT= Acidentes de Transporte Terrestre, TCE= Traumatismo Cranioencefálico.

Os dados referentes à classificação de risco, segundo o STM estão apresentados na Tabela 2.

Em relação aos fluxogramas, observou-se que para a maioria (62,92%) das mulheres, foi acessado o fluxograma "Grande Traumatismo", seguido de "Quedas" (12,15%) e "Problemas nos Membros" (11,64%) (Tabela 2).

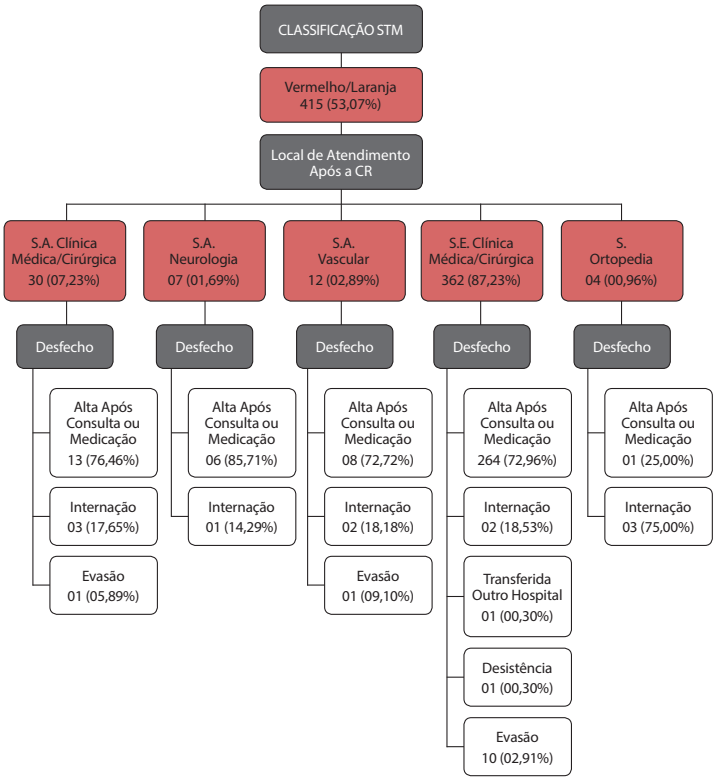
Os discriminadores, que permitiram mais de 88% da determinação da prioridade clínica, foram a junção de: "Mecanismo de trauma + Fratura exposta + Traumas direto + História de trauma cranioencefálico (45,40%)" e "Dor leve + Moderada + Pleurítica (43,09%)" (Tabela 2).

Quanto à cor (determinação do nível de prioridade de atendimento), constatou-se que as classificadas como 1- Vermelho (Emergência) e 2- Laranja (Muito Urgente), corresponderam à maior proporção dos atendimentos (53,07%) (Tabela 2).

Foram avaliados três intervalos diferentes de tempos de atendimento. O tempo médio de espera entre o registro das pacientes e a CR foi de 7,7 minutos (min) (DP: 9,9 min). O tempo médio de duração da CR foi de 2,4 min (DP:1,4 min) (dados não mostrados).

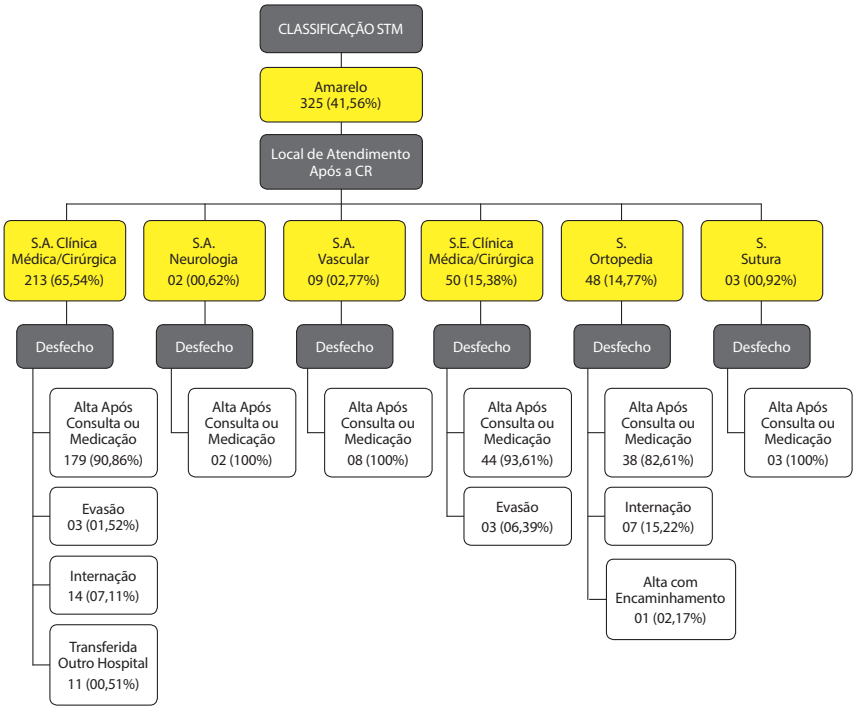
Avaliaram-se, ainda, os intervalos médios de tempo entre a CR e o atendimento médico de acordo com o nível de prioridade. Quanto ao nível de prioridade 1- Vermelho (Emergência) e 2- Laranja (Muito Urgente), o tempo médio foi de 15,1 min (DP:10,5 min). As pacientes classificadas como 3- Amarelo (Urgente), o tempo médio foi de 59,1 min (DP: 63,2 min). Já as classificadas como 4- Verde (Pouco Urgente) apresentaram tempo médio de 153,4 min (DP: 138,5 min) (dados não mostrados).

A distribuição dos locais de atendimento das pacientes após a CR e o desfecho dos mesmos, estão apresentados nas Figuras 1, 2 e 3. De acordo com a Figura 1, identificou-se que a maioria (87,23%) das mulheres classificadas como nível de prioridade "Vermelho/Laranja", foi encaminhada para as "Salas de emergência de clínica médica/cirúrgica". Dessas, 76,96% receberam alta após consulta/medicação, ou seja, não necessitaram de internação.



Notas: CR= Classificação de Risco; S.A.= Sala Amarela; S.E.= Sala de Emergência; S.= Sala.

Figura 1 – Análise esquemática do fluxo de atendimentos a mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre e desfecho das pacientes classificadas com níveis de prioridade 1- Vermelho (Emergência) e 2- Laranja (Muito Urgente), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015-2016



Notas: CR= Classificação de risco; S.A.= Sala Amarela; S.E.= Sala de Emergência; S.= Sala.

Figura 2– Análise esquemática do fluxo de atendimentos a mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre e desfecho das pacientes classificadas com níveis de prioridade 3- Amarelo (Urgente), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015-2016

Na Figura 2, nota-se que a maioria (65,54%) das mulheres classificada como nível de prioridade "Amarelo", foi encaminhada às "Salas amarelas de clínica médica/cirúrgica". Dessas, 90,86% receberam alta após consulta/medicação como desfecho.

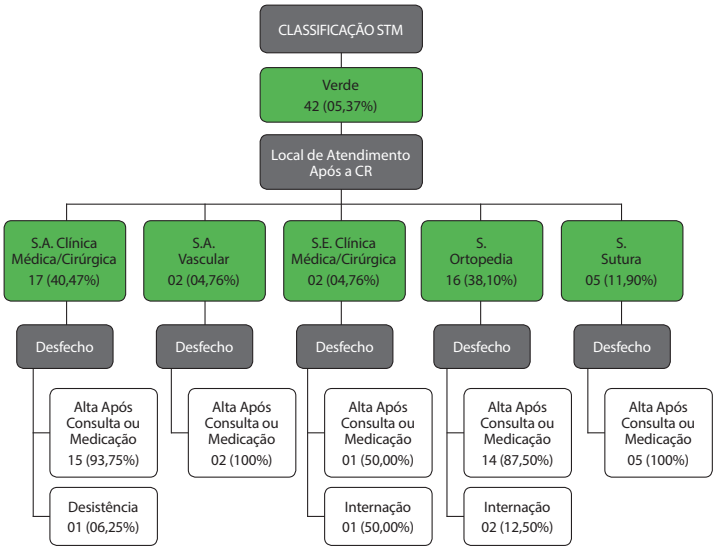
Na Figura 3, a maioria das mulheres classificadas como nível de prioridade "Verde", foi encaminhada predominantemente para as "Salas amarelas de clínica médica/cirúrgica" (40,47%) e a "Sala de Ortopedia" (38,10%).

DISCUSSÃO

Observou-se, neste estudo, que a maioria das mulheres vítimas de ATT possuía entre 18 e 40 anos (adultas jovens) e não vivia com um companheiro(a). Os dados relativos à idade coincidem com os do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2016, o qual aponta que o maior número de vítimas dos acidentes de trânsito no Brasil (70%) são as pessoas jovens, na faixa etária entre 15 e 49 anos[3]. Estes resultados indicam que mulheres nesta faixa etária e que vivem sem companheiro(a) estão mais suscetíveis a sofrer ATT, pois estão em idade economicamente ativa e se tornaram independentes financeiramente após a conquista de cargos anteriormente ocupados somente por homens[3,11].

Em relação à cidade de residência das mulheres vítimas de ATT, a grande maioria residia em BH, onde se localiza a instituição pesquisada. Segundo dados, de 2017, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este é o município mais populoso do estado de Minas Gerais, com grande área territorial e relevo diversificado, onde há tráfego intenso de veículos de transporte terrestre. Tais características diferem de outras cidades do estado, as quais, pela sua dimensão, facilitam a "mobilidade a pé", evitando-se, assim, que as mulheres utilizem os veículos de transporte[12].

A quantidade de atendimentos realizados a mulheres residentes na Região Metropolitana de BH reflete a necessidade de suporte a esses municípios, possibilitando revisar a organização do sistema de referência e contra-referência entre essas cidades, visto que esse sistema tem por finalidade aprimorar a atenção global ao paciente, não sobrecarregar o serviço[13]. Observa-se, ainda, que a instituição atende à Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos serviços de saúde, receber e cuidar de pessoas em situações de urgência e emergência, bem como encaminhá-las para outro serviço, em caso de necessidade[14].



Notas: CR= Classificação de Risco; S.A.= Sala Amarela; S.E.= Sala de Emergência; S.= Sala.
Figura 3– Análise esquemática do fluxo de atendimentos a mulheres vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre e desfecho das pacientes classificadas com níveis de prioridade 4- Verde (Pouco Urgente), Belo Horizonte, MG, Brasil, 2015-2016

Os principais fluxogramas acessados durante a CR, neste estudo, foram: "Grande Traumatismo" seguido de "Quedas". Os discriminadores que levaram a mais de 88% da determinação da prioridade clínica foram a junção de: "Mecanismo de trauma + Fratura exposta + Traumas direto + História de trauma cranioencefálico" e "Dor leve + Moderada + Pleurítica". Esses dados condizem com um estudo de revisão que salienta que os discriminadores empregados para classificação, quando específicos, como os encontrados neste estudo, são aplicados para casos particulares (como ejeção de um veículo, morte de ocupantes, deformação significativa de um veículo e quedas), tendendo a se relacionar com as características-chave dos traumas decorrentes desses casos[15]. Dessa forma, os fluxogramas corretamente designados e guiados por discriminadores específicos, permitem a classificação fidedigna dos pacientes submetidos a esse sistema.

Quanto à classificação do nível de prioridade, aproximadamente 95% do total foram classificadas como "Vermelho (Emergência)/ Laranja (Muito Urgente)" e "Amarelo (Urgente)". Esses valores indicam que o pronto socorro da instituição de estudo cumpre com o seu papel de referência em urgência e emergência, uma vez que os dados encontrados evidenciam que as pacientes, que necessitam de cuidados mais complexos, são encaminhadas a este serviço[16]. Vale ressaltar que as vítimas de trauma podem ter significativa redução de sequelas e até mesmo mortalidade, quando o tempo decorrido entre o acidente e o atendimento hospitalar é o menor possível[17].

Com relação aos intervalos de tempo analisados, para nosso conhecimento, apenas dois estudos brasileiros[10,18] e um europeu[19] realizaram tal avaliação. O presente estudo encontrou tempo médio entre registro e CR de 7,7 minutos. Em um estudo brasileiro, encontrou-se o tempo médio de 12 minutos. Entretanto, o tempo máximo preconizado pelo STM é de 10 minutos[10,18]. Outros dois estudos observaram tempo mediano de 6 minutos para o intervalo entre registro e CR[19-20]. Com relação ao tempo de duração da CR, encontrou-se tempo médio de 2,4 min. Estudos nacionais reportaram tempo médio de 2 minutos[18-19]. Sabe-se que o STM preconiza que a CR não deve ultrapassar 3 minutos[10].

O STM é indicado para otimizar o tempo de espera para atendimento a pacientes que necessitam de cuidados de urgência e emergência, e garantir que o recebam de forma adequada[10]. Dessa maneira, esses valores evidenciam que a instituição de estudo vem aperfeiçoando seu sistema de classificação, com profissionais habilitados para desenvolver tais funções. O enfermeiro destaca-se, assim, como importante agente deste processo, pois realiza a classificação de risco por meio de suas habilidades em avaliar as necessidades biológicas, sociais e psicológicas dos usuários, contribuindo para diminuir o tempo de espera e priorizando o atendimento de acordo com a condição clínica do paciente[21].

Quanto ao tempo médio entre CR e o atendimento médico, não foram encontradas literaturas que permitam comparar esse valor de forma isolada, uma vez que está relacionado ao nível de prioridade do usuário. Dessa forma, a análise desse intervalo de tempo foi realizada junto à classificação de cada nível de prioridade (cor). As classificações "Vermelho/Laranja" e "Verde" ultrapassaram o tempo máximo preconizado pelo STM. Em relação à classificação "Amarelo", a média do tempo permaneceu dentro do proposto pela literatura. Estes valores podem ser justificados com base na grande demanda por atendimento nas unidades de saúde de alta complexidade, nas quais, há dificuldade logística para atender à elevada procura de pacientes admitidos nos serviços[18]. Outra condição que pode interferir, é o fato de o registro do atendimento médico das clientes mais graves, ocorrerem somente após a estabilização de seu quadro de saúde.

De acordo com as análises esquemática do fluxo de atendimentos a mulheres vítimas de ATT, deste estudo, quanto ao local de atendimento após a CR, a maioria das mulheres, classificadas pelo STM, foi encaminhada para as salas de clínica médica e cirúrgica. Este resultado corrobora com a bibliografia encontrada, na qual identificou que mais da metade dos atendimentos eram realizados pelas clínicas médica-cirúrgica[19]. Isso justifica pelo mecanismo de trauma causado pelos ATT, inferindo-se que uma investigação mais detalhada sobre o estado clínico das pacientes deve ser aplicada e, para isso, há necessidade de clínicas específicas[22].

Como desfecho dos atendimentos a mulheres vítimas de ATT, o mais prevalente foi "Alta após consulta/medicação". Embora a alta após consulta ou medicação tenha sido o desfecho mais prevalente, observa-se que em todos os níveis de prioridades apresentaram, também, como desfecho, a transferência para a unidade de internação (internação hospitalar). Essas informações são condizentes com os últimos dados do Inquérito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) realizado em serviços de urgência e emergência de 23 capitais e do Distrito Federal. De acordo com este levantamento, acidentes de transporte foram um dos principais motivos para internações hospitalares, e 67% dos casos evoluíram para alta hospitalar em 24 horas do atendimento, seguidos por 23,1% dos casos que foram encaminhados para internação hospitalar[23].

O número de atendimentos resultantes dos ATT é elevado. O ATT gera altos custos para o sistema, pois representa grande impacto econômico e social, sobretudo, por ser predominante em pessoas jovens e economicamente ativas. Em 2015, os ATT geraram um custo

global estimado de 518 bilhões de dólares[1]. Estima-se, ainda, que 1 em cada 20 vítimas de ATT, ficará permanentemente incapacitada, o que, além de custos financeiros, leva a sequelas físicas e psicológicas, interferindo diretamente nas atividades laborais das mulheres[24].

Ressalta-se que, no Brasil, iniciativas foram tomadas para enfrentar a alta carga de mortes causadas por ATT. A iniciativa mais enfática foi a efetivação do Código de Trânsito Brasileiro[25] de 1998, que proporcionou uma redução importante da taxa de mortalidade por ATT. Soma-se, a essa iniciativa, a Lei 11.70522, denominada Lei "Seca", que entrou em vigor em junho de 2008. A mesma se trata sobre a associação entre bebida alcoólica e direção, com impacto imediato na mudança do comportamento da população[26]. Não se podem suprimir as ações de vigilância e prevenção de lesões e mortes provocadas pelo trânsito, de promoção da saúde e cultura de paz realizadas pelo Ministério da Saúde por meio das Políticas Nacionais de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria GM/MS nº 737, 16/05/2001)[27] e a de "Promoção à Saúde" (Portaria GM/MS nº 687, 30/03/2006)[28].

Limitações do estudo

Embora o estudo seja advindo de uma coorte, o seu delineamento retrospectivo acarretou em algumas perdas de informações (pacientes não classificados pelo STM). Ressalta-se que essas foram checadas por meio de outras formas de dados, entretanto, a busca ativa dos pacientes não foi possível. Outra limitação deve-se ao fato de não ter sido utilizada população com comprovada representatividade da população brasileira, o que pode restringir a validade dos resultados. Ressalta-se que embora o estudo conduzido seja em um pronto socorro de um hospital de grande porte, os resultados são referentes aos atendimentos locais. Por isso, a possibilidade de análises conclusivas se restringe somente à população atendida no referido hospital.

Contribuições para área da Saúde e Enfermagem

Trata-se de um dos poucos estudos recentes que analisam o fluxo e o desfecho de mulheres vítimas de ATT de um hospital público de grande porte de um país em desenvolvimento e, certamente, representa avanço para a melhor compreensão do perfil nacional das mulheres deste serviço específico. Tal conhecimento pode ser de grande utilidade para os gestores e profissionais de saúde, que atuam nas unidades de urgência e emergência, conhecerem os resultados de suas práticas profissionais, permitindo a identificação de possíveis melhorias na assistência e na classificação de risco. Este trabalho pode, portanto, auxiliar na capacitação e adequação dos recursos humanos e materiais, bem como na elaboração de um Diagnóstico Situacional dos atendimentos no pronto socorro de hospitais públicos de grande porte de mulheres vítimas de ATT.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que as mulheres vítimas de ATT eram, na maioria, adultas jovens, viviam sem companheiro(a) e residiam em Belo Horizonte. Evidenciam, ainda, que o tempo entre o registro, a classificação de risco e a duração da classificação estão dentro do preconizado pelo STM. Destaca-se que, para o nível de prioridade "Muito Urgente" e "Pouco Urgente", o hospital demanda maior tempo que o recomendado pelo STM.

Em relação ao fluxograma mais acessado, observou-se o "Grande Traumatismo" com nível de prioridade "Vermelho/Laranja". Independente do nível de prioridade atribuído às pacientes, o desfecho mais prevalente foi "Alta após consulta/medicação".

A análise do fluxo e do desfecho de mulheres vítimas de ATT de um hospital público de grande porte, contribui para otimizar o gerenciamento do tempo, aumentando, assim, a qualidade e a eficiência da assistência.

FOMENTO

Projeto financiado pela Pró-Reitora de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – PRPQ/UFMG sob o nº 23853/2016, e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG sob o nº APQ-03137-17.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Global status report on road safety 2015. Switzerland: WHO [Internet]. 2015[cited 2018 Jan 23]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: Departamento de Informática do SUS: Portal da Saúde. [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 23]. Available from: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02
3. Barros JYF, Santos KS. A inserção do gênero feminino na condução de motocicleta no município de Maceió/AL e a relação com a acidentalidade. Bahia: V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 10 anos[Internet]. Anais eletrônicos. 2017[cited 2018 Jan 24] Available from: http://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD4_SA32_ID1123_17072017142410.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Políticas de proteção e inclusão de gênero. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. Brasília [Internet]. 2017[cited 2018 Jan 24]. Available from: http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-sobre-Equidade-de-g%C3%AAnero-Avelina.pdf
5. Davantel PP, Pelloso SM, Carvalho MDB, Oliveira NLB. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do evento em Maringá, Paraná. Rev Bras Epidemiol[Internet]. 2009[cited 2018 Jan 24];12(3):55-67. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300006
6. Ladeira RM, Malta DC, Morais-Neto OL, Montenegro MMS, Soares-Filho AM, Vasconcelos CH, et al . Acidentes de transporte terrestre: estudo Carga Global de Doenças, Brasil e unidades federadas, 1990 e 2015. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017[cited 2018 Oct 26];20(Suppl-1):157-70. doi: 10.1590/1980-5497201700050013

7. Vieira RM, Queiroz IFR. Karolline GSV, Zélia MAM, Sandra MCF, Maria SCL. Mortalidade segundo causas externas entre mulheres em idade fértil, no município de Sobral, Ceará. Sanare[Internet]. 2014[cited 2018 Jan 25];13(2):70-7. Available from: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/576

8. Morais-Neto OL, Montenegro MMS, Monteiro RA, Siqueira-Júnior JB, Silva MMA, Lima CM, et al . Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2018 Oct 26]; 17(9):2223-36. doi: 10.1590/S1413-81232012000900002

9. Lins TH, Lima AXBC. Nursing diagnoses and interventions in trauma victims during prehospital care using the ICNP®. Rev Eletr Enf[Internet]. 2013[cited 2018 Jan 26];15(1):34-43. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503

10. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Versão brasileira de Rausch MCP, Junior WC. Carvalho CA, Nascimento GFL, Rocha PTB, (Colabs.). Sistema Manchester de Classificação de Risco - 2ª Edição. 206 p. Belo Horizonte: Folium; 2017.

11. Carvalho CHR. Mortes por acidentes de transporte terrestre no Brasil: análise dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília: Rio de Janeiro, 2016. 50 p.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades [Internet]. 2010[cited 2018 Jun 10]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama

13. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Rede de referência e contra referência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. Rev Med Minas Gerais[Internet]. 2015[cited 2018 Jun 09];25(4):469-75. Available from: http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859

14. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União: Brasília [Internet]. 2009[cited 2018 Jun 10]; Seção 1, p. 80. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/ 01_set_carta.pdf

15. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JACM. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2012[cited 2018 Jun 10];22(2):188-98. Available from: http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/101

16. Araújo JHV, Chaves GMM, Barbosa JV, Nunes CMP. Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial. Rev Med Minas Gerais[Internet]. 2017[cited 2018 Jun 10];26:e-1823. Available from: http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160123

17. Carvalho ICCM, Saraiva IS. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Rev Interdisc[Internet]. 2015[cited 2018 Jun 23];8(1):137-48. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/ view/392

18. Chianca TCM, Costa RM, Vidigal MV, Silva LCR, Diniz GA, Araújo JHV, et al. Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. Rev Min Enferm[Internet]. 2016[cited 2018 Jun 10];20:e988. Available from: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160058

19. Storm-Verslot MN, Vermeulen H, Van Lammeren N, Luitse JSK, Goslings JC. Influence of the Manchester Triage System on waiting time, treatment time, lenght of stay and patient satisfaction; a before and after study. Emerg Med J[Internet]. 2014[cited 2018 Jun 10];31(1):13-8. Available from: http://emj.bmj.com/content/31/1/13

20. Anziliero F, Soler BED, Silva BA, Tanccini T, Beghetto MG. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016[cited 2018 Jun 10];37(4):e64753. Available from: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163226/001017179.pdf?sequence=1

21. Lima S, Paula AS. Atuação do enfermeiro na aplicação do protocolo de Manchester em unidades de urgência e emergência. Rev Científ Univiçosa[Internet]. 2016[cited 2018 Jun 10];8(1):137-42. Available from: https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/viewFile/629/776

22. Baldoino LS, Oliveira MHR, Baldoino LS, Virgineo MS. Perfil das Vítimas de Acidentes de Trânsito Atendidas no Hospital Público de Floriano -PI. Rev Interdisc [Internet]. 2018[cited 2018 Jun 14];11(1):41-50. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1256

23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde[Internet]. 2013[cited 2018 Jun 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_ violencia_acidentes.pdf

24. Andrade SSCA, Jorge MHPM. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. Epidemiol Serv Saúde[Internet]. 2017[cited 2018 Jun 14];26(01). Available from: https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100004

25. Ministério dos Transportes(BR). Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997. Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União 1997, 24 setembro.

26. Ministério dos Transportes(BR). Lei 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2008; 20 jun.

27. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 737, de 16/05/2001 – publicada no DOU nº 96, Seção 1E de 18/05/2011, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2ª Edição. Brasília (DF): MS; 2005. (Série E - Legislação de Saúde)

28. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): MS; 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006 – Volume 07. Série B - Textos Básicos de Saúde)