

Evidências sobre a segurança do paciente vítima de acidente motociclístico à luz do modelo proposto por Donabedian

Evidencias sobre la seguridad del paciente víctima de accidente motociclistico a la luz del modelo propuesto por Donabedian

Evidence on the safety of patients as victims of motorbike accidents in the light of Donabedian-proposed model

Andréa Tayse de Lima Gomes, Kisna Yasmin Andrade Alves, Viviane Euzébia Pereira Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.

RESUMO

Introdução: os acidentes motociclísticos têm aumentado sobremaneira a demanda de atendimentos no âmbito hospitalar de urgência e emergência. Este aumento de AM requer que o cuidado prestado seja imprescindivelmente seguro, visto que, o paciente admitido nos serviços de emergência, na grande parte dos casos, encontra-se em risco eminente de morte.

Objetivo: sumarizar as evidências científicas relacionadas a o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente à vítima de acidente motociclístico conforme o modelo proposto por Donabedian acerca da estrutura, processo e resultado.

Métodos: revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL, SCOPUS, Web of Science e BDNF, em junho de 2015. Para a busca eletrônica, utilizaram-se os descritores "Enfermagem/Nursing", "Segurança do Paciente/Patient Safety" e "Motocicletas/Motorcycle". O cruzamento entre estes se deu através do operador booleano AND. Os dados foram analisados por estatística descritiva.

Conclusões: denota-se a importância da avaliação contínua dos serviços de saúde, vislumbrando um cuidado de melhor qualidade à vítima de acidente motociclístico. Esta qualidade reflete a disponibilidade de uma estrutura adequada, um processo qualificado e proativo, em busca do resultado positivo, que culmine em satisfação para profissionais e paciente.

Palavras-chave: qualidade dos serviços de saúde; segurança do paciente; enfermagem; motocicletas.

RESUMEN

Introducción: los accidentes de motocicleta han incrementado en gran medida la demanda de atención en los hospitales de urgencia y emergencia. Este aumento requiere que la atención recibida sea indispensablemente segura, visto que, el paciente admitido en los servicios de emergencia, en la mayoría de los casos, está en riesgo inminente de muerte.

Objetivo: resumir las evidencias científicas relacionadas con los cuidados de enfermería y la seguridad de los pacientes víctimas de accidente de motocicleta como el modelo propuesto por Donabedian sobre la estructura, proceso y resultado.

Métodos: revisión integradora realizada en las bases de datos LILACS, PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science y BDEF en junio 2015. Para la búsqueda electrónica, se utilizó los descriptores "Enfermagem/Nursing", "Segurança do Paciente/PatientSafety" e "Motocicletas/Motorcycle". La intersección de estas fue a través del operador booleano AND. Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva.

Conclusiones: se denota la importancia de la evaluación continua de los servicios de salud, vislumbrando un cuidado de mejor calidad para la víctima de accidentes de motocicleta. Esta cualidad refleja la disponibilidad de una estructura adecuada, un proceso calificado y proactivo, en la búsqueda de un resultado positivo que culmine en la satisfacción de los profesionales y los pacientes.

Palabras clave: calidad de la atención de salud; seguridad del paciente; enfermería; motocicletas.

ABSTRACT

Introduction: Motorcycle accidents have greatly increased the demand for care in emergency and urgency hospitals. This increase requires that the care received be indispensably safe, since the patient admitted to emergency services is mostly at imminent risk for death.

Objective: To summarize the scientific evidences related to nursing care and the safety of patients as victims of motorcycle accidents, as Donabedian-proposed model on structure, process and result.

Methods: An integrative review was carried out in the LILACS, PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science and BDEF databases in June 2015. For the electronic search, the descriptors "Enfermería/Nursing", "Seguridad del paciente/Patient Safety", and "Motocicleta/Motorcycle" were used. Their intersection was attained through the Boolean operator AND. The data were analyzed using descriptive statistics.

Conclusions: The importance of continuous assessment of health services is highlighted, with better-quality care for the motorcycle accident victims. This quality reflects the availability of an appropriate structure, a qualified and proactive process, in the search for positive outcome that culminates in the satisfaction of professionals and patients.

Key words: health care quality; patient safety; nursing; motorbikes

INTRODUÇÃO

Os sistemas de transportes terrestres tornaram-se um aspecto crucial da modernidade e revolucionaram as relações sociais contemporâneas e o sistema econômico. Este tipo de transporte está progressivamente associado aos Acidentes de Trânsito (AT) e à mortalidade precoce, bem como às deficiências físicas e os transtornos psicológicos das vítimas.¹

Os AT provocam, no mundo, a morte de aproximadamente 1,3 milhão de pessoas e lesionam cerca de 20 a 50 milhões de outras a cada ano. Deste total de óbitos, 46,0 % compõem-se de pedestres, ciclistas e motociclistas.²

Os Acidentes Motociclísticos (AM) têm aumentado sobremaneira a demanda de atendimentos no âmbito hospitalar de urgência e emergência. Esse fato está associado, principalmente, à maior exposição corpórea do motociclista, além da grande circulação deste veículo nas vias. E, esse tipo de veículo, ganha de forma ascendente a aceitação e a aprovação da população devido à agilidade e ao custo reduzido, tanto para aquisição quanto para a manutenção.³

Este aumento de AM requer que o cuidado prestado seja imprescindivelmente seguro, visto que, o paciente admitido nos serviços de emergência, na grande parte dos casos, encontra-se em risco eminente de morte. Diante desse cenário, a dispensação de maior atenção dos profissionais para a Segurança do Paciente (SP), isto é, "a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde",⁴ pode colaborar consideravelmente, para a sobrevivência do indivíduo.

Além disso, faz-se necessário que os serviços de saúde estejam adequadamente organizados e preparados, a fim de prestar um cuidado seguro às vítimas de AM, em observância à estrutura do serviço e ao processo assistencial, com a intenção de gerar resultados satisfatórios tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

Isto posto, evidencia-se que a temática SP encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade dispensada pelos serviços de saúde. Um marco dessa realidade é a participação de órgãos acreditadores de serviços de saúde, como a Joint Commission International, reiterando a SP como a primeira meta a ser cumprida pelos serviços de saúde.⁵

Diante do exposto, o crescente número de AM, especialmente nos centros urbanos,¹ justifica a avaliação constante da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, posto que, a efetividade da SP atrelada a adequação da tríade estrutura-processo-resultado dos serviços de emergência, bem como o atendimento ágil e de qualidade às vítimas de AM, contribuem, substancialmente, para o bom prognóstico do indivíduo.

Nesse contexto, Donabedian propõe um modelo com a finalidade de avaliar a qualidade em saúde, o qual consiste na tríade estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, o que inclui o financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. O processo, por conseguinte, se refere às atividades que estão relacionadas aos profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. E o resultado compreende o produto final da assistência prestada, considerando a saúde, bem como a satisfação e a expectativa de profissionais, usuários e gestores.⁶

Para nortear o presente estudo, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: em vítimas de acidente motociclístico, como o cuidado de enfermagem pode influenciar na segurança do paciente? A fim de responder ao questionamento proposto, o presente estudo objetivou sumarizar as evidências científicas relacionadas ao cuidado de enfermagem e a segurança do paciente à vítima de acidente motociclístico conforme o modelo proposto por Donabedian acerca da estrutura, processo e resultado.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que se configura na síntese de resultados previamente publicados e desvela, sobretudo, as conclusões presentes no corpus da literatura científica sobre um fenômeno específico.⁷

Para nortear essa pesquisa, elaborou-se um protocolo próprio e aplicado em estudos anteriores de mesma natureza, o qual foi composto pelos seguintes tópicos: tema, objetivos, questão norteadora, estratégia para a coleta de dados, critérios para a elegibilidade dos estudos, estratégia para a avaliação crítica dos artigos, síntese e análise dos dados.

Essa revisão percorreu as etapas a seguir: 1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2) busca na literatura científica com base nos critérios de elegibilidade; 3) categorização dos estudos; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação e discussão dos resultados; e 6) apresentação da revisão integrativa.⁷

A busca eletrônica foi executada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PubMed Central), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus Info Site (SCOPUS), Web of Science e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no mês de junho de 2015.

O refinamento dos estudos foi baseado nos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, a saber: critérios de inclusão - publicações disponíveis gratuitamente, em texto completo, nas bases de dados supracitadas e artigos que abordassem a

relação entre cuidados de enfermagem às vítimas de acidente motociclístico e segurança do paciente; e, critérios de exclusão - estudos em formato de editoriais; carta ao editor; teses; dissertações; artigos de revisão, de opinião e duplicados.

O processo de coleta de dados na LILACS e BDEF foi executado mediante a utilização dos descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) - Enfermagem (1#), Segurança do Paciente (2#) e Motocicletas (3#). Nas bases de dados PubMed, CINAHL, SCOPUS e Web of Science, empregou-se os descritores indexados no vocabulário Medical Subject Heading Terms (MeSH): Nursing (1#), Patient Safety (2#) e Motorcycle (3#).

O cruzamento entre os descritores ocorreu através do operador booleano AND e a pesquisa eletrônica nas referidas bases de dados aconteceu de forma não controlada. Além disso, aplicou-se o recurso, com a finalidade de restringir a pesquisa apenas aos termos que estivessem contíguos nos estudos encontrados. Deste modo, os cruzamentos (DeCS/MeSH), isto é, as estratégias de busca aplicadas nas bases de dados eletrônicas foram: 1# AND 2# AND 3#, 2# AND 3# e 1# AND 3#.

Após a coleta de dados, os estudos foram pré-selecionados com base na leitura dos títulos e resumos. Em seguida, procedeu-se a leitura do texto completo dos artigos anteriormente selecionados e, por fim, selecionou-se a amostra final que compôs essa pesquisa.

A tabela 1 representa o procedimento utilizado para o arrolamento dos artigos encontrados nas bases de dados eletrônicas, bem como o número de publicações selecionadas para a leitura do texto na íntegra, conforme as estratégias de busca aplicadas nos bancos de dados.

Tabela 1. Distribuição dos estudos selecionados nas bases de dados, 2015

Base de dados	Resultados da busca eletrônica						Estudos pré-selecionados*	
	1# AND 2# AND 3#		2# AND 3#		1# AND 3#			
	n	%	n	%	n	%	n	%
LILACS	0	0,00	0	0,00	7	1,62	1	5,56
PUBMED CENTRAL	7	87,50	33	68,75	350	81,02	10	55,56
CINAHL	1	12,50	2	4,17	22	5,09	1	5,56
SCOPUS	0	0,00	13	27,08	45	10,42	5	27,78
WEB OF SCIENCE	0	0,00	0	0,00	5	1,16	0	0,00
BDEF	0	0,00	0	0,00	3	0,69	1	5,56
TOTAL	8	100,00	48	100,00	432	100,00	18	100,00

*Estudos pré-selecionados para a leitura do texto completo, de acordo critérios de elegibilidade.

A figura expõe o fluxograma alusivo ao percurso transcorrido para a seleção dos estudos que constituíram a amostra final da presente pesquisa.

Com a finalidade de facilitar a análise e avaliação crítica dos artigos selecionados, os próprios pesquisadores elaboraram um instrumento composto por indicadores de coleta de dados: título do artigo; ano de publicação; base de dados; idioma; país onde o estudo foi realizado; desenho metodológico (tipo de estudo e abordagem); nível de evidência; grau de recomendação; descrição da estrutura do serviço, do cuidado de enfermagem e do resultado da assistência prestada às vítimas de acidente motociclístico; relação do artigo com a tríade proposta por Donabedian (estrutura, processo e/ou resultado).

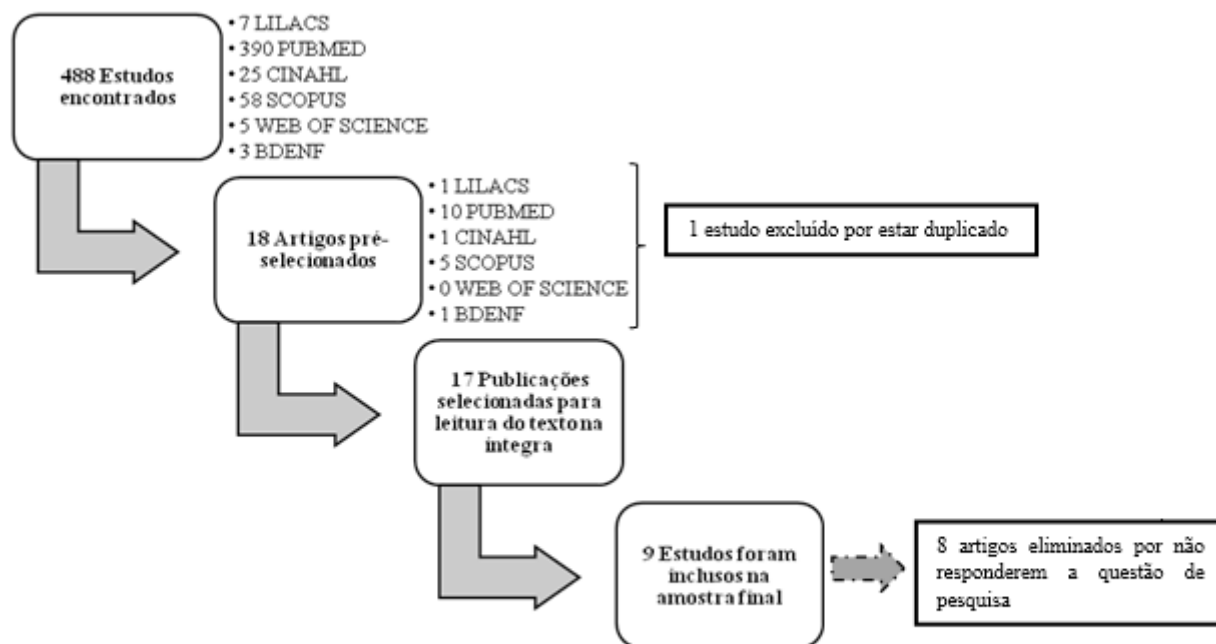


Fig. Fluxograma referente ao processo de seleção das publicações, 2015.

O nível de evidência e o grau de recomendação dos estudos foram classificados de acordo com a proposta do Joanna Briggs Institute.⁸⁻⁹ Os níveis de evidências são categorizados do 1 ao 5, a saber: Nível 1 - Estudos experimentais; Nível 2 - Estudos quase-experimentais; Nível 3 - Estudos observacionais analíticos; Nível 4 - Estudos observacionais descritivos; Nível 5 - Opiniões de especialistas e bancos de investigações.

E, os graus de recomendação são divididos em Grau A e Grau B, os quais possuem as características especificadas conforme segue:

- Grau de recomendação A - uma recomendação forte para determinada estratégia de gestão de saúde consiste em: (1) os efeitos desejáveis compensam os efeitos indesejáveis; (2) há provas de qualidade que subsidiam a utilização do objeto de estudo; (3) existe(m) benefício(s) ou não nenhum impacto no uso dos recursos; e, (4) os valores, preferências e experiências do paciente foram levados em consideração;

- Grau de recomendação B - uma recomendação fraca para uma determinada estratégia de saúde é classificada de acordo com: (1) os efeitos desejáveis parecem superar os indesejáveis, embora não seja explicitado de forma clara; (2) apresenta evidências que indicam a utilização do(s) recurso(s), embora possa ser de baixa qualidade; (3) há um benefício sem impacto ou com um impacto mínimo em detrimento da utilização do(s) recurso(s) e; (4) os valores, preferências e experiências dos pacientes podem ou não ter sido considerado.

Ressalta-se que o nível de evidência e o grau de recomendação das publicações utilizadas na discussão dessa pesquisa serão apresentadas por um número de 1 a 5, referente à evidência do estudo, seguido pela letra A ou B de acordo com a recomendação, conforme proposto pelo Joanna Briggs Institute.⁸⁻⁹ Por exemplo, se

o nível de evidência enquadrar-se em 3 e o grau de recomendação em A, estes serão demonstrados como "3A".

A análise crítica dos dados aconteceu após a leitura flutuante dos artigos selecionados. Os resultados foram digitados em planilhas eletrônicas disponíveis no programa Microsoft Excel 2010®, analisados por estatística descritiva e apresentados em formato de quadros.

RESULTADOS

A amostra final dessa pesquisa foi composta por nove artigos. O tabela 2 apresenta a caracterização dos estudos analisados de acordo com o país onde a pesquisa foi realizada, descrição metodológica (abordagem e tipo de estudo), classificação do nível de evidência e grau de recomendação.

Tabela 2. Caracterização dos estudos analisados, 2015

País onde o estudo foi realizado	Abordagem/Tipo de estudo	Nível de evidência/Grau de recomendação
Irã	Quantitativa/Descritivo	4/A
Estados Unidos	Quantitativa/Caso-controle	3/A
Irã	Quantitativa/Descritivo	4/A
Irã	Quantitativa/Descritivo	4/A
Irã	Qualitativa/Descritivo	4/A
Irã	Qualitativa/Descritivo	4/A
Vietnã	Quantitativa/Descritivo	4/A
Estados Unidos	Quantitativa/Descritivo	4/A
Brasil	Quantitativa/Descritivo	4/A

De acordo com o tabela 1, verificou-se que o maior número de publicações foi no Irã n=5 (55,56 %), com abordagem quantitativa n=7 (77,78 %), do tipo descritiva - Nível de evidência 4 n=8 (88,89 %) e, apesar do baixo nível de evidência na maioria dos artigos analisados, todos apresentaram um forte grau de recomendação (A).

O tabela 3 descreve os resultados encontrados nas pesquisas analisadas no presente estudo, conforme a tríade estrutura-processo-resultado proposta por Donabedian.

Observou-se que no quadro 3 apresentou que n=4 (44,44 %) estudos apontam a inadequação estrutural dos serviços de saúde, refletindo a insegurança do paciente vítima de AM durante a assistência recebida. Em relação ao processo, a oxigenoterapia e o monitoramento rigoroso dos sinais vitais das vítimas de AM estão presentes em n=3 (33,33 %) estudos, bem como a imobilização cervical e estabilização das fraturas n=3 (33,33 %). E, por fim, o resultado da tríade que predominou entre os estudos analisados relaciona-se a insatisfação dos profissionais quanto ao cuidado prestado n=2 (22,22 %).

No que diz respeito à categorização dos estudos segundo a proposta de Donabedian, verificou-se que n=4 (44,44 %) versam especificamente sobre o processo; n=2 (22,22 %) abordam a estrutura e o processo, simultaneamente; n=2 (22,22 %) fazem alusão à tríade estrutura-processo-resultado e n=1 (11,11 %) refere-se ao resultado.

Tabela 3. Descrição dos resultados apresentados nos artigos analisados de acordo com tríade estrutura, processo e resultado, 2015

Tríade proposta por Donabedian	Descrição dos resultados
Estrutura	Estrutura inapropriada; profissionais com conhecimentos insuficientes na área de trauma; deficiência e má distribuição dos recursos materiais - equipamentos de monitorização, desfibrilador e medicamentos.
Processo	Oxigenoterapia e monitoramento rigoroso dos sinais vitais.
	Documentação dos cuidados prestados nos prontuários ou fichas de atendimento.
	Imobilização cervical e estabilização das fraturas.
	Comunicação ineficaz entre profissionais e falta de habilidade dos profissionais para a prestação de cuidados e transporte das vítimas.
	Descontinuidade dos cuidados entre o âmbito pré e intra-hospitalar; ausência de protocolos e diretrizes para o atendimento ao trauma nos hospitais.
	Aplicação do algoritmo PreHospital Trauma Life Suport (PHTLS), realização do exame físico, remoção do capacete da vítima e controle do sangramento.
	Reanimação com fluidos e estabilização pélvica.
Resultado	Cuidados com a lesão traumática- curativos e assepsia.
	Nível de satisfação de vítimas de acidente motociclístico acompanhados por telefone após a alta hospitalar.
	Insatisfação dos profissionais nos serviços de saúde.
	Agravamento do quadro dos pacientes; insatisfação dos pacientes com o atendimento prestado; baixa qualidade no cuidado ao politraumatizado; longo tempo de espera para o paciente receber o atendimento.

DISCUSSÃO

A fim de proporcionar melhor compreensão, a discussão alusiva à tríade de Donabedian será apresentada em três tópicos, a saber: A estrutura: o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente; O processo assistencial de enfermagem e a segurança do paciente; e, O resultado: os cuidados de enfermagem e a segurança do paciente.

A estrutura: o cuidado de enfermagem e a segurança do paciente

A conformação adequada dos serviços de saúde auxilia, substancialmente, para a efetividade do cuidado seguro. Para tanto, é imprescindível a disponibilidade de recursos humanos, materiais e estruturais, em quantidade e qualidade, para atender as vítimas de AM nas unidades de emergência.

Assim, a fim de que o cuidado de enfermagem nas unidades de emergências seja seguro, é de suma importância a adequação do setor de acordo com o proposto na Portaria nº 2 048, de 5 de novembro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),¹⁰ a qual trata da Política Nacional de Atenção às Urgências; na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA,¹¹ que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde; e, na RDC nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013,¹² que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

De acordo com o preconizado pelo arcabouço legal supracitado, a estrutura da unidade de emergência deve dispor de um espaço de 12,0m² por leito, com

distância de um metro entre os leitos e a parede, assim como, devem possuir espaço suficiente para manobra da maca; um posto de enfermagem para cada 12 leitos de observação; espaço de 8,0m² para triagem médica e/ou de enfermagem; sala de suturas/curativos; sala de procedimentos especiais (invasivos); os espaços para circulação devem possuir uma largura mínima de 2,0m²; e, deve conter um espaço externo para desembarque de ambulâncias com 21,0m² de área coberta.¹¹

Além disso, as salas de emergência devem incluir dois pontos de oxigênio, um de vácuo e um de ar comprimido por leito, bem como os recursos materiais a seguir: dispositivo bolsa-válvula-máscara; jogo de cânulas de Guedel; sondas de aspiração; balas de oxigênio; aspirador portátil ou fixo; materiais para punção venosa, curativo, pequenas suturas e imobilizações (colares, talas).^{10,11}

A definição desse espaço é fundamental, pois ao assistir uma urgência, é obrigatório que os profissionais conheçam em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.¹⁰ Posto que, nos casos que demandam cuidado imediato, a primeira hora ("hora de ouro") é de suma importância para atuação da equipe de saúde após a ocorrência de uma lesão traumática, sendo este considerado o tempo crítico para o serviço do tratamento, o qual poderá modificar o prognóstico final.

Nesse cenário, no processo de cuidar em saúde, a avaliação da estrutura fundamenta-se na premissa de que instalações físicas adequadas tendem a resultar em processos mais qualificados.¹³ Por outro lado, as evidências apontam que os recursos físicos inapropriados podem prejudicar a realização de procedimentos e provocar resultados indesejáveis (4A),¹⁴ causando danos graves e irreversíveis aos pacientes.

Desse modo, autores (4A)¹⁵ consideram como pressuposto principal da abordagem estrutural às condições apropriadas ou a disponibilidade de recursos, como: força de trabalho bem preparada; boas instalações e equipamentos acessíveis, os quais permitem obter resultados mais favoráveis à atenção em saúde e à SP. Entretanto, n=2 (22,22 %)^{16,17} dos artigos analisados demonstraram que a estrutura dos serviços apresentava-se com falhas, principalmente, em relação à infraestrutura, profissionais com conhecimentos insuficientes e deficiência e má distribuição dos recursos materiais.

Além do mais, sabe-se que a importância da organização dos materiais é potencializada em situações de emergência, tendo em vista que o tempo é um fator determinante no atendimento, e a falta de insumos pode acarretar danos irreversíveis ao paciente (4A).¹⁴

À vista disso, sugere-se que a estrutura da unidade de emergência ajuste-se ao preconizado na RDC nº 36, que institui ações para a SP em serviços de saúde. O referido documento recomenda que os serviços de saúde incluam um núcleo de SP, o qual é responsável por estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, através da criação e implementação do plano de SP.¹²

Quanto aos recursos humanos, recomenda-se que o serviço disponha de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento durante as 24 horas do dia, assim como, ressalta-se a importância do dimensionamento adequado de pessoal, com vistas a assistir as urgências/emergências e todas as atividades decorrentes do próprio setor.¹⁰

O processo assistencial de enfermagem e a segurança do paciente

No presente estudo, o processo corresponde as ações de enfermagem, vislumbrando a SP no que diz respeito à documentação adequada dos registros de enfermagem no prontuário ou fichas de atendimento (4A-4A);^{18,19} comunicação efetiva entre os profissionais (4A-4A);^{16,17,19} habilidades para a prestação dos cuidados (4A, 4A, 4A-4A, 4A);^{16-18,20-22} uso de protocolos para o atendimento ao politraumatizado (4A-4A);^{17,21} cuidados com a administração de medicamentos(4A);²³ e, prevenção do risco de infecção (4A).²²

A Política Nacional de Atenção às Urgências recomenda que as unidades de emergência disponham de um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Esse prontuário deve conter informações mínimas, como: identificação do paciente; histórico clínico; avaliação inicial; indicação do procedimento cirúrgico, se for o caso; descrição do ato cirúrgico, se for o caso; descrição da evolução e prescrições e condições na alta hospitalar ou transferência.¹⁰

A qualidade dos registros relativos ao atendimento prestado aos pacientes em situações de emergência é uma preocupação crescente nos serviços, considerando que informações insuficientes afetam e interpõem-se à qualidade do cuidado realizado, principalmente, quando relacionado aos dados de identificação, que, quando incompletos, podem comprometer veementemente a SP (4A).²⁴

Adiciona-se a isso a realidade de que anotações incompletas e falhas nos registros da equipe multiprofissional são fatores que inviabilizam a rastreabilidade de informações nos documentos e colabora para a não continuidade do cuidado (4A).²⁵ Essa comunicação deficiente pode favorecer o pior prognóstico do paciente, especialmente, no atendimento de urgência/emergência.

Os problemas na comunicação entre os profissionais podem gerar diversos erros na assistência à saúde, entre eles, o mais abordado na literatura científica são os relacionados à administração de medicamentos atrelados ao erro de dose, de medicamento, de horário, de via e até mesmo de paciente, quando o nome do mesmo é escrito de forma ilegível (4A).²⁶

Por conseguinte, os riscos aumentam quando as práticas, os procedimentos, os protocolos, as rotinas, as técnicas e os equipamentos utilizados pelos profissionais são inadequados, complexos e/ou intrinsecamente inseguros (5A).²⁷

Isso posto, conforme os estudos arrolados nesta pesquisa, entre os cuidados de enfermagem prestado às vítimas de AM, houve predomínio da oxigenoterapia, monitoramento rigoroso dos sinais vitais, imobilização cervical e estabilização das fraturas. O destaque para estes elementos do processo se deve a compreensão de que a oferta inadequada de sangue oxigenado ao cérebro e a outras estruturas vitais é o fator que mais rapidamente causa a morte do politraumatizado (5A).²⁸

Sabe-se que as alterações nos sinais vitais são fortes indicadores de comprometimento de funções vitais e, por meio da verificação destes, é possível avaliar funções hemodinâmicas, respiratórias e termorreguladoras, as quais são essenciais para manutenção da vida (4A).²⁹ Acrescenta-se a isto a importância da manipulação correta da vítima de trauma por pessoas treinadas, pois o manejo inadequado pode resultar em lesões adicionais, sendo essa iatrogenia causada pela imperícia no procedimento (5A, 4A).^{28,30}

Além do mais, o transporte do indivíduo em estado crítico pode gerar grandes riscos aos pacientes. Estes podem ser minimizados por intermédio de um bom planejamento, uso de equipamentos adequados e equipe devidamente treinada e experiente, além do desenvolvimento e aplicação de protocolos que tornem a transferência do sujeito mais segura (1A).³¹

Nesse ínterim, os protocolos desenvolvidos por organizações profissionais orientam que o paciente deve ser mantido durante o transporte com a mesma monitorização que estava sendo utilizada no local do atendimento inicial. Este controle contínuo e sistematizado proporciona maior segurança para o indivíduo durante o seu transporte, pois possibilita a detecção precoce de qualquer alteração fisiológica, propiciando as devidas medidas sejam tomadas imediatamente (5A).³² E o cumprimento desta recomendação pode ser um fator primordial na cooperação para a sobrevida davítima de AM.

No tocante a execução dos cuidados visando à prevenção de infecção ao paciente vítima de lesão traumática, é imprescindível a higienização das mãos antes e após a realização dos procedimentos. Para tanto, o protocolo da ANVISA retrata que a melhor prática desta técnica é alcançada por meio da adesão à estratégia multimodal, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS).³³

Esta estratégia demonstra algumas condições essenciais que devem estar disponíveis no setor em que o cuidado será prestado, a saber: acesso a sabonete líquido e papel toalha e fornecimento contínuo e seguro de água; preparações alcoólicas para a higiene das mãos acessíveis no local exato de assistência (à beira do leito, carro de curativos, local de preparação de medicações); e, pias no quantitativo de uma para cada dez leitos, preferencialmente com torneira de acionamento automático em unidades não críticas e obrigatoriamente em unidades críticas.³³

O resultado: os cuidados de enfermagem e a segurança do paciente

O resultado da avaliação da qualidade em saúde envolve pesquisas sobre a satisfação dos usuários e dos profissionais acerca do atendimento recebido/prestado nos serviços de saúde. Nesse contexto, a presente pesquisa abordou os seguintes resultados: nível de satisfação de pacientes (3A, 4A)^{17,34} e profissionais (4A-4A)¹⁶⁻¹⁷ e resolutividade do problema de saúde (4A).¹⁷

Entre os artigos incluídos na amostra final dessa revisão, três evidenciaram o resultado da tríade de Donabedian, destes, n=2 (22,22 %) enfatizaram a insatisfação dos profissionais. Essa realidade pode estar associada intrinsecamente a três fatores: realização de um trabalho com o qual não tem afinidade; o "não gostar do que faz"; e/ou a não resolubilidade da assistência, o que, no âmbito da saúde, tem forte relação com a satisfação dos usuários (4A).³⁵

No entanto, as péssimas condições de trabalho oferecidas pelos serviços de saúde são capazes de contribuir, substancialmente, para a insatisfação dos profissionais, bem como para o cuidado inseguro, em virtude da impossibilidade de prestar uma assistência resolutiva e com baixos riscos de danos.

CONCLUSÕES

Observou-se que a estrutura dos serviços de saúde encontra-se inapropriada para a dispensação dos cuidados ao paciente vítima de AM. No tocante ao processo, houve destaque para as ações de enfermagem relacionadas à oxigenoterapia, monitoramento rigoroso dos sinais vitais, imobilização cervical e estabilização de fraturas. Neste panorama, os resultados apresentados nos estudos incluídos na presente pesquisa demonstraram insatisfação dos profissionais quanto à assistência oferecida.

Ao considerar o atendimento às vítimas de AM, é de suma relevância que os profissionais passem por atualizações constantes por meio da educação permanente em saúde, tendo em vista que o atendimento de emergência requer conhecimento, habilidade e agilidade, pois a rápida e adequada assistência contribui substancialmente para o prognóstico final e sobrevida do paciente.

Tendo em vista a fragilidade estrutural disponível nos serviços de saúde, este estudo traz implicações no que diz respeito a importância da adequação dos serviços para a SP. E, para a enfermagem, esta pesquisa contribui para a reflexão acerca da influência de uma boa qualificação para o processo assistencial efetivo e livre de danos ao paciente, com vistas à satisfação de todos os envolvidos com o processo que permeia a assistência à vítima de AM atendido em serviço hospitalar de emergência.

Assim, sugere-se o desenvolvimento de estudos na área do atendimento à vítimas de AM, bem como pesquisas voltadas para a avaliação da qualidade em saúde dos serviços que atendem a este tipo de ocorrência, com vistas a colaborar para uma prática embasada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zabeu JLA, Zovico JRR, Pereira Júnior WN, Tucci Neto PF. Profile of motorcycle victims from the emergency service of a university hospital. Rev Bras Ortop. 2013 [cited 2015 Ago 11]; 48(3): 242-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2012.09.006>
2. World Health Organization. Global status report on road safety 2009: time for action. Geneva: WHO; 2009 [cited 2015 Ago 11]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44122/1/9789241563840_eng.pdf
3. Duarte SJH, Nardes RPMA, Pena SB, Mendez RDR, Candi MCFS. Vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Campo Grande, MS. Enfermagem em Foco. 2013 [cited 2015 Ago 10]; 4(2): 135-9. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/repositorio/journals/1/pressrelease/014.pdf>

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529 do Ministério da Saúde, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2015 Ago 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 4ª ed. Oakbrook Terrace: JCI; 2011.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 1996 [cited 2015 Ago 11];83(4):691-729. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* [serial na internet]. 2010 [cited 2015 Ago 10];8(1Pt1):102-6. Disponível em: http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf
8. University of Adelaide; Joanna Briggs Institute. Grades of Recommendation. Adelaide (Austrália): Adelaide University; 2013.
9. University of Adelaide; Joanna Briggs Institute. Levels of Evidence. Adelaide (Austrália): Adelaide University; 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. Portaria GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [cited 2015 Ago 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf
11. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa; 2013 [cited 2015 Ago 11]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RES_50.pdf
12. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa; 2013 [cited 2015 Ago 10]. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/seguranca-paciente/seguranca-paciente/resolucao-rdc-no-36-de-25-de-julho-de-2013.pdf>
13. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *J Am Med Assoc.* 1988;260(12):1743-8.
14. Silva LG, Matsuda LM, Waidman MAP. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. *Texto Contexto Enferm.* 2012 [cited 2015 Ago 10];21(2):320-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200009>

15. Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, Quadros LCM, Coimbra VCC, Jardim VMR. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cienc Cuid Saude*. 2012 [cited 2015 Ago10]; 11(1):173-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18875>
16. Haghparast-Bidgoli H, Hasselberg M, Khankeh H, Khorasani-Zavareh D, Johansson E. Barriers and facilitators to provide effective pre-hospital trauma care for road traffic injury victims in Iran: a grounded theory approach. *BMC Emerg Med*. 2010 [cited 2015 Ago 7]; 10(20):3-11. Disponível em: DOI: 10.1186/1471-227X-10-20
- JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012 [cited 2015 Ago 10]; 16(3):576-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300021>
25. Kobayashi RM, Silva ABV, Ayoub AC. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. *Rev Rene*. 2010 [cited 2015 Ago 10]; 11(4):19-28. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a02v11n4.pdf
26. Santana JCB, Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Enferm Rev*. 2012 [cited 2015 Ago 10]; 15(1):122-37. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>
27. Renovato RD, Carvalho PD, Rocha RSA. Investigação da técnica de administração de medicamentos por sondas enterais em hospital geral. *Rev Enferm UERJ*. 2010 [cited 2015 Ago 11]; 18(2):173-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a02.pdf>
28. Pedreira LGM. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: Harada MJCS, Pedreira LGM, Peterlini MAS, Pereira SR. editores. *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 1-18.
29. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS)*. 7ª ed. Elsevier: Medicina Nacionais; 2012.
30. Bertoncetto KCG, Cavalcanti CDK, Ilha P. Análise do perfil do paciente como vítima de múltiplos traumas. *Cogitare Enferm*. 2012 [cited 2015 Ago 10]; 17(4):717-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30380>
31. Lins TH, Lima AXBC, Veríssimo RCSS, Oliveira JM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE. *Rev Eletr Enf*. 2013 [cited 2015 Ago 12]; 15(1):34-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503>
32. Guesser JC. Incidentes durante o transporte intra-hospitalar de pacientes em estado crítico da emergência para a UTI. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

33. The Intensive Care Society. Guidelines for the transport of the critically ill adult. 3ªed. London: The Intensive Care Society; 2011.

34. Gaines-Dillard N. Nurse led telephone follow-up improves satisfaction in motorcycle trauma patients. J Trauma Nurs. 2015;22(2):71-7.

35. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde: Anvisa; 2013 [cited 2015 Ago 12]. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf

Recibido:

Aprobado:

Andréa Tayse de Lima Gomes. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dirección electrónica: andrea.tlgomes@gmail.com