



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eloisa Cesa Zuanazzi

**Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma: um  
diagnóstico situacional**

Florianópolis

2023

Eloisa Cesa Zuanazzi

**Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma: um diagnóstico situacional**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Cristina Novatzki Forte

Florianópolis

2023

Zuanazzi, Eloisa Cesa

Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma: um diagnóstico situacional / Eloisa Cesa Zuanazzi ; orientadora, Elaine Cristina Novatzki Forte, 2023.  
73 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. cuidados críticos. 3. traumatismo múltiplo. 4. assistência ao paciente. 5. emergências. I. Forte, Elaine Cristina Novatzki. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Eloisa Cesa Zuanazzi

**Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma: um diagnóstico situacional**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 22 de junho de 2023

---

Profª. Dra. Margarete Maria de Lima  
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

---

Prof. Dra. Elaine Cristina Novatzki Forte  
Orientadora

**Banca examinadora:**

Prof. Dra. Daniele Delacanal Lazzari  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Julia Estela Willrich Boell  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer  
Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 2023

## AGRADECIMENTOS

Desde muito pequena, sempre fui fascinada pelo campo da saúde e almejava trabalhar nessa área ‘‘quando crescer’’. Esse interesse cresceu com o passar dos anos, alimentando meu desejo de contribuir para a área da saúde e fazer a diferença na vida das pessoas. Hoje, ao alcançar este marco, reflito sobre as circunstâncias que me trouxeram até aqui e não posso deixar de mencionar a experiência que vivenciei ao cuidar de minha avó materna.

Após terminar o ensino médio e ainda com um pouco de dúvida em qual profissão da saúde seguir, minha avó materna sofreu uma queda e ficou acamada por cerca de seis meses. Durante esse período, assumi o papel de cuidadora e me vi envolvida em todas as etapas de seu tratamento. Foi nesse momento que percebi que desejava fazer parte desse nobre grupo de profissionais comprometidos a cuidar de pessoas e prestei vestibular para Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina e passei na primeira chamada.

Agradeço a todos que me auxiliaram e contribuíram na minha caminhada na graduação em Enfermagem. Primeiramente, gostaria de agradecer imensamente aos meus avós, Maria da Graça Martinelli Cesa e Agenor Cesa, que foram fundamentais em minha criação e em meu desenvolvimento para moldar quem eu sou hoje. Em especial a minha avó, que mesmo sem perceber, foi uma das principais inspirações para a minha escolha profissional; aos meus pais, Juliana Cristina Cesa e Heleno de Liz Zuanazzi que sempre me apoiaram nesse sonho, ambos acreditando em meu potencial e possibilitando uma educação de qualidade, sempre serei grata a todo esforço e dedicação; ao meu irmão João Augusto Cesa Topanotti, sua presença e apoio, mesmo que na maioria das vezes à distância, foram fundamentais para o meu sucesso e chegada até aqui.

Em memória à minha avó paterna Maria Sirlei de Liz Zuanazzi que nos deixou há cerca de 1 mês e infelizmente não tive a oportunidade de comemorar este momento tão significativo que será a minha formatura. Desde a infância ouvindo suas histórias como professora e sua crença no poder transformador da educação, suas palavras sábias e seu amor pelo ensino moldaram minha paixão pelo aprendizado e determinação em ajudar os outros por meio da enfermagem. Embora sinta uma tristeza profunda pela sua partida, levo consolo ao imaginar o quanto você teria se orgulhado de mim hoje.

Morar longe de casa e longe da família com certeza foi o meu maior desafio nesses cinco anos de graduação. Agradeço imensamente à Julia Grisard de Bem, que além de ser a minha amiga desde a infância, tive o prazer de tê-la como veterana e de dividirmos moradia desde a minha terceira fase da graduação. Sua presença tem sido um pilar de apoio emocional para mim,

estando do meu lado nos momentos mais difíceis e nos mais felizes. Obrigada por tornar a experiência longe de casa muito mais significativa e especial.

Às minhas amigas de curso, Ana Beatriz Anselmo e Julia Goes que desde o início da faculdade estão ao meu lado compartilhando uma nova fase de vida. Foi incrível testemunhar a evolução dos nossos laços, tornando um presente que vou levar para o resto da minha trajetória. À minha amiga Hemilliy Heidemann, a qual ficou mais próxima no fim da graduação, mas agregou mais alegria em minha vida.

Ao meu grupo de amigos criados na faculdade ao qual nós nomeamos de ‘‘Tudo Perdido’’, agradeço por tornarem essa trajetória mais leve e divertida, principalmente durante a Pandemia. Cada comemoração e encontro com vocês foram verdadeiros refúgios para recarregar as energias, beber e rir muito!

Ao meu namorado, Johnattan Furtado que sempre esteve ao meu lado apoiando e incentivando, principalmente nos momentos mais difíceis. Sou grata por toda compreensão e por ter você em minha vida.

Agradeço ao corpo docente pelo apoio, orientação e dedicação durante minha jornada acadêmica, em especial à minha orientadora Elaine Forte por compartilhar seus saberes e conhecimento na área em que tanto me identifiquei ao longo do curso. Sua experiência e seu jeito de viver a vida me inspiraram muito a seguir esse caminho, sua orientação foi fundamental para moldar minha pesquisa.

## RESUMO

**Introdução:** politrauma é caracterizado por aqueles que sofrem múltiplas lesões traumáticas resultantes de acidentes de alto impacto, incluindo quedas, colisões, acidentes automobilísticos, ferimento por arma de fogo, atropelamentos, entre outros. Essas lesões afetam diferentes sistemas do corpo, podendo resultar em sequelas permanentes ou até mesmo serem fatais. A organização do trabalho multiprofissional no atendimento às vítimas de politrauma se torna um cenário desafiador e exige uma boa relação entre os membros da equipe multiprofissional, nessa perspectiva, levanta-se a questão norteadora: Como se dá a organização do trabalho interprofissional no atendimento de vítimas de politrauma na emergência? **Objetivo:** Analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma. **Objetivos específicos:** descrever a organização do trabalho da equipe multiprofissional no atendimento ao paciente politraumatizado, caracterizar aspectos relacionados à abordagem interdisciplinar nesse tipo de atendimento e identificar potencialidades e fragilidades no atendimento ao politraumatizado. **Método:** estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, realizado com 30 profissionais da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos na Emergência do Hospital Governador Celso Ramos que estivessem dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer nº6.051.829 e CAAE 681422223.4.3001.5360. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada e observação não participante. **Resultados:** foram divididos em três eixos principais, os quais emergiram pontos referentes à estrutura física inadequada, regulação ineficaz, força de trabalho, capacitação, comunicação, ausência de avaliação e liderança no atendimento. **Conclusão:** foi possível comparar os achados com achados anteriores que evidenciaram as dificuldades vividas na equipe multiprofissional no setor de emergência ao deparar-se com vítimas de politrauma. Diante dos desafios do ambiente de trabalho e da complexidade dos pacientes nessas circunstâncias, surgem iniciativas individuais e habilidades adquiridas pela equipe, tornando-se possível manter uma organização centrada no paciente.

**Palavras-chave:** Traumatismo múltiplo. Cuidados críticos. Assistência ao paciente. Equipe de assistência ao paciente. Emergências.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE	A (vias aéreas e coluna cervical); B (ventilação e respiração); C (circulação); D (disfunção neurológica) e E (exposição e controle do ambiente)
ACCR	Acolhimento Com Classificação de Risco
ACLS	<i>Advanced Cardiovascular Life Support – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia</i>
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i> (suporte de vida avançado no trauma)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DOC	Arquivo em formato Word
DSTC	Cuidados Definitivos em Cirurgia do Trauma
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ETC	<i>European Trauma Course</i> (curso essencial do trauma)
FAST	<i>Focused Assesment with Sonography for Trauma</i>
FCCS	<i>Fundamental Critical Care Support</i>
FR	Frequência respiratória
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PTHLS	<i>Prehospital Trauma Life Support – Atendimento Pré-Hospitalar ao Trauma</i>
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBAR	S (situation - situação); B (background – antecedentes); A (assessment – avaliação) e R (recommendation – recomendações)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNACON	Unidade de Alta Complexidade Oncológica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico



UT                    Unidade de Terapia Intensiva

XABCDE        X (Hemorragias exsanguinantes); A (airways – vias aéreas); ( B (breathing –  
respiração); C (circulation – circulação); D (disability – disfunção neurológica) e E (exposure)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVO</b> .....	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
3.1 A VÍTIMA DE POLITRAUMA .....	16
3.2 TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA EMERGÊNCIA .....	21
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>25</b>
<b>5. MÉTODO</b> .....	<b>26</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	26
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	26
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	27
5.4 COLETA DE DADOS .....	28
5.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	29
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	31
<b>6. RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
6.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE POLITRAUMA: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....	32
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>54</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	<b>63</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de Observação</b> .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXO A – Declaração de Ciência e Parecer da Instituição Envolvida</b> .....	<b>67</b>
<b>ANEXO B – Parecer consubstanciado proponente do estudo</b> .....	<b>68</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O trauma é caracterizado por uma lesão que varia em grau de intensidade e gravidade, podendo ser intencional ou não, gerando alterações estruturais e fisiológicas no organismo (SANTOS *et al.*, 2018). Os pacientes politraumatizados são aqueles que possuem mais de uma lesão traumática, decorrente de um acidente de grande impacto com elevado desprendimento de energia, como por exemplo, quedas, acidentes de trânsito, ferimentos por armas de fogo, atropelamentos, brigas etc., causando lesões nas áreas que foram afetadas, podendo trazer sequelas permanentes ou fatais (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A assistência ao politraumatizado se torna uma situação desafiadora uma vez que é necessário raciocínio clínico rápido, priorização de problemas, ações ágeis, materiais adequados e boa relação interprofissional para que tenha um atendimento eficiente (CUSTÓDIO *et al.*, 2022). A vítima de politrauma necessita de atendimento prioritário e rápido, uma vez que a primeira hora após o evento, denominada “hora de ouro” diminui o risco de óbito em 85% (MELO *et al.*, 2021). O trabalho multiprofissional traz um atendimento qualificado e seguro, relacionando intervenções e interações de todos os profissionais envolvidos, articulando os saberes individuais de cada profissão em um bem comum focados no mesmo objetivo (PEDUZZI *et al.*, 2020).

O quadro do paciente politraumatizado pode evoluir rapidamente para uma piora do estado geral, acometendo órgãos e sistemas vitais, necessitando de diversas intervenções e de uma assistência integrada e complexa com o objetivo de estabelecer o equilíbrio fisiológico. Os profissionais envolvidos necessitam de estudos recorrentes acerca do politraumatizado e das diversas intervenções que este necessita, necessitando buscar conhecimentos e informações atualizadas do exercício de sua profissão, a fim de garantir um cuidado completo e eficaz (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Segundo o Relatório de Status Global sobre Segurança no Trânsito (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013) cerca de 1,34 milhão de pessoas morrem nas estradas do mundo por ano, e uma atualização deste relatório em 2018 aponta um aumento para 1,35 milhão de mortes anuais no mundo. A Organização Mundial de Saúde (2018) destaca que as lesões causadas em acidentes nas estradas são a principal causa de morte de crianças e jovens de 5 a 29 anos. As mortes são causadas pela falta de segurança no trânsito, irresponsabilidade e mobilidade urbana deficiente (FONSECA, 2018). Os fatores de risco mais evidentes são a velocidade acima do permitido, o não uso de cinto de segurança ou capacete, o uso de bebidas

alcoólicas antes de dirigir e a falta de segurança para crianças durante o transporte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

O Informe Sobre Segurança no Trânsito na Região das Américas (2015) aponta que os traumatismos causados por acidentes de trânsito são a segunda causa de morte de pessoas entre 15 e 24 anos causando um impacto na sociedade e em suas famílias e sendo um importante problema de saúde pública e social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015).

Nos países latino-americanos ainda se destacam acidentes por arma de fogo e arma branca como um dos grandes causadores de politraumas, uma vez que há uma onda crescente de violência nesses países, trazendo vítimas principalmente entre a faixa etária de 25 a 40 anos de idade (LEYVA; RODRÍGUEZ; CAMPANÃ, 2021), gerando demandas no serviço de saúde nos diferentes níveis de complexidade, muitas vezes trazendo danos incapacitantes ou irreversíveis na saúde dos acometidos por essa violência. No Brasil, a taxa de homicídios por arma de fogo cresceu cerca de 15% nos últimos 10 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) e cerca de 13,4% dos atendimentos em unidades de urgência e emergência envolveram ferimentos causados por arma de fogo (RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017).

Entre os anos de 2010 e 2019 ocorreram mais de 112.000 mortes por suicídio no Brasil, outra causa importante relacionada ao politrauma, uma vez que o método usado pode causar lesões em diferentes sistemas. Além disso, cerca de 29% das causas de internações hospitalares foram causadas por agressões e tentativas de suicídio em 2014. Há uma prevalência de tentativas de suicídio utilizando métodos de enforcamento, armas de fogo e intoxicação por medicamentos, promovendo altas taxas de internação hospitalar e incidência de casos nas unidades de emergência e urgência por essa demanda (FREITAS; BORGES, 2017).

As quedas se tornam outro problema de saúde pública devido à sua frequência e seus efeitos sobre a população, as quais ocorrem principalmente em idosos, mesmo representando baixa energia cinética, podem gerar lesões graves e risco à vida. Estima-se que cerca de 15% dos atendimentos em traumatizados foram por queda da própria altura, utilizando grande parte dos recursos destinados para a saúde (PARREIRA *et al.*, 2010).

Estima-se que o trauma gera um custo para a saúde pública de 30 bilhões de reais por ano e ainda gera 11 vítimas com sequelas permanentes e uma morte a cada 380 atendimentos em emergências (BELMONTE *et al.*, 2017). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) o Brasil tem cerca de 24.732.701 motocicletas e 52.242.869 automóveis, em Santa Catarina, por sua vez, esse número é de 946.446 motocicletas e 3.227.718 automóveis.

De acordo com Parreira e outros (2012), motociclistas são as vítimas de trauma fechado atendidos com maior frequência em Emergências se comparado com vítimas de atropelamentos, quedas, agressões físicas ou acidentes automobilísticos.

Nos últimos cinco anos em Santa Catarina o total de internações hospitalares segundo a regional de saúde (Grande Florianópolis) apresentou um total de 2.095.989, sendo 197.852 em Florianópolis, entre elas, 38.556 no Hospital Governador Celso Ramos, objeto deste estudo (Informações de Saúde - TABNET), mostrando-se então a necessidade de analisar a organização do trabalho multiprofissional ao receber uma vítima de politrauma, a fim de promover uma melhora na qualidade e agilidade desses atendimentos, tendo a comunicação interprofissional a base para o aprimoramento dessas relações.

A organização do trabalho na emergência torna-se essencial para garantir um atendimento eficiente e de qualidade aos pacientes, onde cada profissional desempenha um papel específico no cuidado. Cada profissional deve conhecer seu escopo de prática e suas atribuições específicas, mantendo a divisão de tarefas e responsabilidades para evitar conflitos e garantir que todas as necessidades dos pacientes sejam atendidas de forma adequada (RABELO *et al.*, 2020).

A aproximação à temática aconteceu devido à atuação em campo de estágio da disciplina da 5ª fase do Curso de Enfermagem, nomeada como O cuidado Profissional no Processo de Viver Humano III - Condição Crítica de Saúde no Hospital Governador Celso Ramos, onde tive a experiência de vivenciar a prática clínica e a importância da comunicação interprofissional ao recebimento de vítimas em estado grave em uma Unidade de Emergência Hospitalar de referência no município e no Estado.

Sendo assim, é crucial o aprofundamento científico acerca da organização do trabalho dos profissionais e das relações interprofissionais a fim de ofertar uma assistência de qualidade e segura para o paciente, visando levantar um diagnóstico situacional para a qualidade do serviço de emergência, além de produzir evidências científicas para ampliar o conhecimento sobre o tema abordado. Nesta perspectiva, o questionamento que norteia este estudo é: Como se dá a organização do trabalho interprofissional no atendimento de vítimas de politrauma na emergência?

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma na emergência.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a organização do trabalho da equipe multiprofissional no atendimento ao paciente politraumatizado.
- Caracterizar aspectos relacionados à abordagem interdisciplinar nesse tipo de atendimento.
- Identificar potencialidades e fragilidades no atendimento ao politraumatizado.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão do tema, optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura. A revisão narrativa consiste em descrever e discutir o desenvolvimento de um assunto, analisando a bibliografia existente com o objetivo de conhecer e atualizar os conhecimentos acerca do tema estudado, não havendo critérios específicos e nem se segue uma sistemática (ROTHER, 2007).

Esta revisão foi dividida em dois subtítulos: A Vítima de Politrauma e Trabalho multiprofissional na Emergência. Foram utilizados os seguintes descritores: Traumatismo múltiplo, cuidados críticos, assistência ao paciente, equipe de assistência ao paciente e emergências nas seguintes bases de dados: Scielo, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), documentos e portarias do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

#### 3.1 A VÍTIMA DE POLITRAUMA

O politrauma advém de um evento onde ocorre o desprendimento de energia e as causas variam entre acidentes de trânsito, atropelamentos, ferimentos com arma de fogo, quedas, entre outros que resultem em lesões graves (MATTOS; SILVÉRIO, 2012). O politraumatismo é caracterizado por um conjunto de lesões distribuídas em diferentes órgãos e sistemas do corpo humano, levando a vítima a um estado de gravidade (MARTINIANO *et al.*, 2020).

A urbanização e o ascendente número de acidentes e violências no trânsito contribuem para o aumento dos óbitos por lesões traumáticas. O Brasil ocupa o quinto lugar em número de ocorrências de acidentes de trânsito, levando a óbito diariamente cerca de 16 mil pessoas por lesões traumáticas e as que sobrevivem, muitas delas carregam sequelas que perpassam a vida inteira (MARTINIANO *et al.*, 2020).

Cerca de cinco milhões de pessoas no mundo morrem a cada ano por lesões que são amplamente evitáveis e previsíveis, representando 9% das mortes do mundo. Entre as lesões que causam mortes, os acidentes de trânsito compõem 24% destas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que este problema de Saúde pública até 2030 venha a se tornar a 7ª principal causa de morte no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A primeira causa de morte de indivíduos presentes na faixa etária de 20 a 40 anos é o politraumatismo, prevalecendo em vítimas do sexo masculino, uma vez que podem estar propensos a mais comportamentos de risco. Essa prevalência, além de gerar prejuízos para o sistema de saúde, culmina em prejuízos mentais, econômicos e sociais (MATTOS; SILVÉRIO, 2012).

As consequências nas vidas das vítimas de politrauma vão além das incapacidades permanentes ou temporárias, atingindo também a saúde mental, envolvimento a comportamentos de risco e mudanças comportamentais, como por exemplo, tabagismo, abuso de álcool, doenças não transmissíveis, depressão, ansiedade, suicídio, dentre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A Política de Saúde Pública reconhece esse tema como objeto de atenção e visa o conhecimento das causas e consequências para que se obtenha o diagnóstico, adoção de medidas de controle, assistência e prevenção, impondo que os profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência tenham qualificação própria e específica para a área, para que o paciente receba a assistência esperada (MATTOS; SILVÉRIO, 2012).

A Portaria nº 1.600 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como integrantes: componentes pré-hospitalares (Atenção Básica, Salas de Estabilização, SAMU-192 e UPA), componentes hospitalares e atenção domiciliar. O serviço de socorro pré-hospitalar móvel instituído normativamente no país é o SAMU-192, regulado pela Central Médica de Regulação, onde ocorrem as etapas de identificação do usuário e do local, transferindo para a equipe médica, a qual pode prestar orientações ou acionar a equipe assistencial de ambulâncias.

A equipe assistencial é composta por dois tipos: Unidade de Suporte Básico (USB) a qual apresenta 01 motorista - socorrista e 01 técnico de Enfermagem e Unidade de Suporte Avançado (USA), que conta com suporte de 01 motorista - socorrista, 01 médico emergencista e 01 enfermeiro emergencista e presença de maiores recursos tecnológicos. O serviço conta também com Aeronave de Transporte Médico para atendimentos de Suporte Avançado de Vida, contando com 01 piloto, 01 médico e 01 enfermeiro. Esta porta de entrada ao sistema potencializa o acesso ao serviço, sendo capaz de salvar vidas com maior agilidade (O'DWYER *et al.*, 2017).

O pedido de socorro pode ser classificado como Pré-Hospitalar Móvel Primário, quando o pedido é oriundo de um cidadão ou Pré-Hospitalar Secundário quando o pedido for a partir de um serviço de saúde. O SAMU-192 de Santa Catarina atende na região de abrangência definida em macrorregiões, sendo elas: Grande Florianópolis, macrorregião Sul, macrorregião Grande Oeste, macrorregião Meio Oeste, macrorregião Foz do Itajaí, macrorregião Vale do Itajaí, macrorregião Planalto Serrano e macrorregião Norte-Nordeste, realiza atendimentos nas linhas de cardiovascular, cerebrovascular, traumatológica e cobertura de atendimento de urgência e emergência para os demais componentes da Rede (SANTA CATARINA, 2021). Os



profissionais regulamentados pelo SUS que trabalham com o SAMU de Santa Catarina desempenham várias funções importantes, ajudando a identificar situações de perigo, auxiliam na proteção das pessoas na sociedade, realizam resgates em locais de difícil acesso e fornecem suporte de vida (SANTA CATARINA, 2021).

O Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina de 2020-2023 (2019) elenca a Regulação do Estado de Santa Catarina para observatório dos serviços prestados e das necessidades da população, subsidiando o planejamento dos serviços assistenciais. Em 2017 o Estado deu início ao Projeto de Integração das estruturas de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: Unidade de Suporte Avançado e da Instituição do Corpo de Bombeiro Militar de Santa Catarina, contribuindo para o tempo de resposta e aumentando o atendimento aos usuários de forma efetiva, mas infelizmente os sistemas de ambos não se comunicam, gerando redundâncias (SANTA CATARINA, 2021).

As centrais de regulação são estruturadas em nível estadual, regional e/ou municipal, sendo sistemas que recebem os pedidos de socorro, avaliam e são hierarquizados para que o sistema seja capaz de prestar o atendimento e direcionar para os locais adequados a prestar a continuidade do atendimento. As portas de entrada hospitalar habilitadas na Rede de Urgência e Emergência do estado são o Hospital Governador Celso Ramos, o Instituto de Cardiologia e o Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes, sendo o Hospital Governador Celso Ramos é a primeira escolha para o recebimento de vítimas cujo acidente ocorreu na Ilha de Florianópolis e o Hospital Regional de São José quando o atendimento ocorreu na região continental (SANTA CATARINA, 2021).

Na fase Extra-Hospitalar de atendimento à vítima de Politrauma ocorre a ênfase na manutenção de vias aéreas, controle de hemorragias, imobilização e transporte imediato, com ênfase na obtenção da documentação de informações à triagem, hora do trauma, breve histórico, cinemática do trauma e mecanismo da lesão (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018). O objetivo do atendimento inicial a este tipo de paciente é tratar lesões iniciais que possam levar ao óbito de forma aguda, utilizando o protocolo XABCDE, o qual trata consecutivamente: hemorragia externa grave, vias aéreas e coluna cervical, ventilação, circulação, estado neurológico e exposição da vítima com controle de temperatura, essa sistematização do atendimento contribui para a diminuição da morbimortalidade nesses casos (SAMPAIO *et al.*, 2019).

Segundo Rodrigues e colaboradores (2017) a causa mais comum de óbito em politraumatizados é a obstrução de vias aéreas, distúrbios ventilatórios e hemorragias, destacando a importância da sistematização do exame físico em XABCDE na vítima, com

destaque no tempo de ação, qualidade do atendimento e dos sistemas de referência e contrarreferência em que serão encaminhados. Segundo o *Committee On Trauma American College of Surgeons* (2014) os serviços extra-hospitalares têm como objetivo primordial a prevenção de novas lesões, ressuscitação eficaz se necessário e fornecer transporte seguro ao hospital referenciado (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2014).

Ao receber uma vítima de politrauma no ambiente intra-hospitalar é realizada a avaliação inicial do paciente identificando lesões e possíveis tratamentos com o objetivo do equilíbrio fisiológico do paciente. O exame secundário é consecutivo, visando buscar outras lesões, coleta de histórico do paciente, exame físico completo, monitorização completa, exames complementares para assim instaurar o tratamento definitivo, com intento de reduzir as chances de mortalidade agindo de forma ágil e eficaz (SANTOS *et al.*, 2018; LUNEVICIUS; MESRI, 2021).

O referencial teórico sistematizado pelo Comitê do *Prehospital Trauma Life Support* - 9ª edição (2020) e o *Advanced Cardiac Life Support* (2020) adota o XABCDE como metodologia de trabalho para a vítima de politraumatismo. Disposta em: X (Hemorragias Exsanguinantes) – sangramento externo grave; A (Air Way) – permeabilidade das vias aéreas e administração segura do colar cervical; B (Breathing) – respiração e ventilação; C (Circulation) – controle de hemorragias; D (Disability) – estado neurológico; E (Exposure) – Exposição e controle de hipotermia (ACLS, 2015; PTHLS, 2016).

Segundo o *Advanced Trauma Life Support* (2014), na Avaliação Primária do paciente vítima de trauma são estabelecidas as prioridades de tratamento, levando em consideração o mecanismo da lesão, tipo de lesão e sinais vitais. O ABCDE dos cuidados é realizado: A – Vias aéreas e coluna cervical; B – Ventilação e respiração; C – Circulação; D – Disfunção neurológica e E – Exposição e controle do ambiente. Diante dessa investigação, uma sequência de prioridades é estabelecida baseada no efeito das lesões e da fisiologia humana. As etapas estabelecidas são frequentemente realizadas em conjunto e simultaneamente (ACLS, 2015).

Entre as prioridades descritas, algumas das ações mais comuns estão a manutenção da via aérea e ventilação, controle de hemorragias, reanimação, avaliação de danos neurológicos, exposição da vítima, fluidoterapia, monitorização eletrocardiográfica, sondas urinárias e gástricas, gasometria, oximetria de pulso, radiografias e procedimentos diagnósticos (ACLS, 2015).

Segundo as Diretrizes Clínicas de Atendimento ao Paciente Politraumatizado (2018) o trauma pode ser classificado em Trauma Maior e Trauma Menor. O primeiro é caracterizado pelo paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos seguintes critérios:

1. Parâmetros vitais – Escala de Coma de Glasgow (ECG) <14 ou deterioração neurológica, Pressão Arterial Sistólica (PAS) <90, Frequência Respiratória (FR) <10 ou >29, mecânica respiratória que exija intubação pré-hospitalar. 2. Anatomia da Lesão: ferimento penetrante no torácico, craniano, extremidades proximais ao cotovelo ou joelho e abdominal, combinação de traumas ou queimaduras de 2º e 3º grau, instabilidade da pelve, fratura de dois ou mais ossos longos, paralisia de membros, amputação completa ou incompleta proximal, impacto violento, ejeção do veículo, velocidade > 60km/h, deformação externa > 50cm, capotamento, morte de algum ocupante do veículo e colisão de automóvel/atropelamento. O Trauma Menor é aquele que na triagem pré-hospitalar se enquadre em: fraturas alinhadas, sangramento compressível, trauma torácico leve, suspeita de fratura/entorse/luxação, lesão de pele e subcutâneo e dados vitais estáveis (FERRI *et al.*, 2018).

Os óbitos decorrentes de politraumas são divididos em três picos: 1. Primeiro pico – quando acontece segundos ou minutos após o trauma, normalmente ainda no local do ocorrido, com lesões que não puderam ser tratadas; 2. Segundo Pico – algumas horas após o trauma, sendo evitáveis conforme o tratamento escolhido. Esse momento é reconhecido como “*Golden Hour*”, período crucial entre o diagnóstico rápido e início do tratamento correto; 3. Terceiro Pico – óbitos tardios, dias ou semanas após o trauma. O atendimento precoce, efetivo e ágil diminui a mortalidade e a taxa de sequelas definitivas (FERRI *et al.*, 2018).

Segundo Gomes e colaboradores (2019) a vítima de traumas múltiplos está em alta vulnerabilidade e em condições que favorecem o desenvolvimento de eventos adversos, sendo a “*Golden Hour*” a maior possibilidade de minimizar tais eventos, diminuindo a chance de desencadear lesões secundárias que interferem na maior chance de sobrevivência do paciente (GOMES *et al.*, 2019).

A avaliação secundária é realizada após o paciente demonstrar normalização de suas funções vitais, sendo necessário conhecer a história do paciente, abrangendo alergias, uso de medicamentos, doenças posteriores, alimentação ingerida recentemente, detalhes do acidente e do tipo de trauma etc. O tipo de acidente e a cinemática do trauma influenciam diretamente nas condições do politraumatizado, deve-se então considerar a direção, força e energia despendida (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

Deve-se realizar um exame físico e neurológico completo e detalhado, abrangendo a cabeça, estruturas maxilofaciais, coluna cervical, pescoço, tórax, abdome, períneo e sistema musculoesquelético. Exames complementares radiológicos específicos e laboratoriais devem ser providenciados nessa etapa. Para minimizar os riscos de lesões não diagnosticadas é necessário monitoramento contínuo (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

O paciente politraumatizado deve ser reavaliado constantemente, a fim de assegurar que novos achados não sejam despercebidos e acompanhar os parâmetros registrados previamente. As lesões que apresentavam risco à vida estão sendo tratadas, mas é de extrema importância que outras lesões igualmente ameaçadoras e doenças preexistentes sejam avaliadas para que não afete o prognóstico do paciente. A monitorização contínua dos sinais vitais e controle da dor efetiva devem permanecer concretas no manuseio do politraumatizado, uma vez que causam ansiedade e desconforto, alterando parâmetros de avaliação (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

### **3.2 TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA EMERGÊNCIA**

A capacidade de diferentes profissionais de saúde de comunicar-se de maneira efetiva e colaborativa é compreendida como comunicação interprofissional, permitindo integração entre a equipe, diálogo e reconhecimento entre as diferentes categorias. O diálogo entre os profissionais permite a criação de um ambiente mais acolhedor, possibilitando a criação de uma sensação de segurança e a detecção de possíveis dificuldades no atendimento de maneira mais evidente (COIFMAN *et al.*, 2021).

A *Joint Commission International* em parceria com o Ministério da Saúde (2014) diante da preocupação acerca da segurança do paciente implementou metas com o objetivo de reduzir os riscos e mitigar os efeitos adversos. Entre as seis metas, destaca-se a segunda, que diz respeito à melhora e eficácia da comunicação, que visa desenvolver uma abordagem que melhore a comunicação entre os prestadores do cuidado, sem ambiguidade que possa ser compreendida pelo receptor, além de evitar a fragmentação do cuidado em saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, a Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, traz como protocolo básico da assistência à comunicação no ambiente de trabalho (OLINO *et al.*, 2019). Essa política de saúde pública visa o monitoramento dos riscos acerca da segurança do paciente para que consiga qualificar o cuidado e estimular a cultura de segurança do paciente nas instituições brasileiras de saúde. Mesmo com os avanços acerca da descentralização do sistema de saúde, as emergências hospitalares e UPA 24 horas ainda recebem a maior parte das demandas a atenção às urgências, gerando sobrecarga para os profissionais, a qual culmina em condições de risco para a segurança do paciente (ALVES; MELO, 2019).

O paciente chega à Unidade de Emergência por meio do Sistema do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), o qual permite o atendimento horizontal por meio de fluxogramas recomendados. A comunicação interprofissional deve ser uma ferramenta utilizada desde a chegada do paciente no sistema, a fim de minimizar erros de classificação e conceder o atendimento adequado, permitindo a continuidade do cuidado (COIFMAN *et al.*, 2021).

O modelo tradicional biomédico e fragmentado se torna um grande desafio para a prática integrada da assistência ao paciente, uma vez que este torna o ambiente propício para maiores conflitos interprofissionais e pessoais, fragilidade na comunicação e dificuldade de compreensão do papel do outro na atuação em paralelo, gerando falhas na comunicação e maiores riscos para o paciente (REEVES *et al.*, 2017; COIFMAN *et al.*, 2021).

Outra dificuldade se refere às práticas hierarquizadas entre as categorias profissionais geram conflitos e dificuldade de compreensão acerca da importância do papel do outro, favorecendo a atuação paralela e individual de cada categoria profissional, culminando em falhas na comunicação e riscos para o paciente (FREIRE *et al.*, 2019).

Quando são empregadas estratégias para a comunicação e colaboração interprofissional nota-se uma melhora significativa no estado funcional do paciente, a adesão às práticas recomendadas e o uso de recursos em saúde, colaborando ainda para uma melhor qualidade da assistência prestada (REEVES *et al.*, 2017). Na emergência, o desenvolvimento do trabalho em equipe baseado em um referencial teórico-científico, possibilita o compartilhamento de informações de forma clara para que haja a definição de prioridades de cuidado, proporcionando uma transversalidade das ações de cada profissional capacitado (COIFMAN *et al.*, 2021).

Reeves e colaboradores (2017) destacam a necessidade de reconhecer a interdependência dos sujeitos envolvidos, constituindo o trabalho em equipe como uma unidade de produção do cuidado em saúde que envolve interdependência de ações, clareza dos papéis individuais e coletivos, integração, compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe. A equipe deve então reconhecer as necessidades urgentes e complexas do paciente e lidar com elas (REEVES *et al.*, 2017; PEDUZZI *et al.*, 2020).

Há fatores que influenciam negativamente o processo da comunicação interprofissional, tais como a superlotação da unidade, promovendo uma sobrecarga de trabalho para os profissionais. A ausência de padronização de condutas assistenciais, falhas na passagem de plantão, falta de comunicação oral padronizada, ruídos paralelos e profissionais sem experiência na área de emergência dificultam a comunicação e conseqüentemente a qualidade do serviço prestado (COIFMAN *et al.*, 2021).

Diversos agravantes são vistos nas emergências hospitalares, as quais dificultam o processo de trabalho e a comunicação entre a equipe interprofissional. Os profissionais de saúde deparam-se com alta rotatividade de pacientes, imprevisibilidade, gravidade e complexidade de atendimentos, limitação de recursos e alta demanda de tarefas. Estes fatores afetam diretamente na sobrecarga do trabalho, corroborando para dificuldade da comunicação entre profissionais e qualidade da assistência (ALVES; MELO, 2019).

A adoção de estratégias que visam identificar métodos que reduzam a deterioração da informação em setores críticos de cuidado é desafiadora, portanto, protocolos e procedimentos organizacionais podem ser instituídos a fim de qualificar a equipe presente nestes ambientes para que todos se comuniquem de maneira clara, eficiente e padronizada. A comunicação escrita também se torna um grande desafio no ambiente crítico, uma vez que inúmeras vezes é composta por informações incompletas, letras ilegíveis e despadronizadas também dificultando a compreensão da continuidade do cuidado prestado, interferindo na qualidade da assistência (COIFMAN *et al.*, 2021).

O uso do SBAR na emergência hospitalar é uma ferramenta de comunicação eficaz. Composto pelo acrônimo S – *Situation* (situação); B – *Background* (antecedentes); A – *Assessment* (avaliação) e R – *Recommendation* (recomendações), tem como objetivo a padronização da troca de informações entre os profissionais de saúde, permitindo a visualização do quadro geral do paciente de uma maneira fácil e focada, assim contribui para o trabalho interprofissional e delinear das responsabilidades de cada profissional envolvido no cuidado (MÜLLER *et al.*, 2018).

Durante a pandemia da Covid-19 a colaboração interprofissional tomou destaque pela potência de lidar com imprevisibilidade, articulando saberes de diversas classes de profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde (CANEPPELE *et al.*, 2020). Nos últimos anos os atendimentos nas Unidades de Emergência cresceram cerca de 2,4% ao ano e, levando em consideração a pandemia da Covid-19, o ambiente se torna mais complexo por conta das maiores demandas de pacientes (SANTANA *et al.*, 2020). Este ambiente traz diversos desafios para a qualidade da assistência no âmbito da comunicação e relação interprofissional que impactam diretamente sobre a segurança do paciente (CANEPPELE *et al.*, 2020).

As equipes especializadas das Emergências Hospitalares prestam assistência a pacientes que demandam de cuidados complexos em ambiente dinâmico, tornando a unidade propensa a altos riscos de erros, as quais a comunicação se torna essencial para a resolubilidade deste problema, otimizando e aprimorando o atendimento. A prática interprofissional tem sido recomendada em serviços especializados, pois abrange a atenção integral ao paciente vítima de

trauma, colaborando para melhora da qualidade e efetividade da atenção, utilizando da expertise e conhecimentos individuais de cada profissional em prol do cuidado mais completo e interrelacionado (BATISTA; PEDUZZI, 2019).

A gerência do cuidado nas Unidades de Emergência é realizada por enfermeiros e entre tantas outras responsabilidades, destaca-se a capacidade de desenvolver estratégias que possibilitem o aprimoramento da comunicação no trabalho interprofissional, para isso é necessário conectar os processos de trabalho de cada profissional da equipe, integrando os agentes envolvidos. O planejamento das conexões leva em consideração os saberes de profissionais distintos, construindo um consenso acerca dos objetivos e resultados que almejam ser alcançados, bem como a maneira mais fácil e adequada de alcançá-los (SANTOS *et al.*, 2016).

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Por entender que a organização do trabalho multiprofissional na emergência, especialmente, no atendimento à vítima em situação crítica de saúde, como é o caso do politrauma, influencia diretamente na qualidade dos cuidados de saúde e na evolução clínica do paciente. Adotou-se como referencial teórico neste estudo, a Teoria da Qualidade em Saúde, de Avedis Donabedian (1980) que, diferente da lógica utilizada na administração empresarial, mostra um método específico para a garantia da qualidade nos serviços de saúde.

Até meados de 1980, os métodos utilizados para a avaliação e melhoria da qualidade dos serviços em saúde eram realizados por meio controle estatístico. A partir de Donabedian (1985) outros parâmetros de avaliação foram apresentados, o que mudou de forma contundente a maneira de se avaliar a qualidade em saúde.

Avedis Donabedian (1985) desenvolveu um quadro conceitual a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado, que envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica; o processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais de saúde e usuários, inclui o diagnóstico, o tratamento, os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipe de saúde e paciente e o resultado, que corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas dos usuários.

A “estrutura” se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui, também, financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. O “processo” inclui todo o arcabouço de atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. O “resultado” é considerado o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas, podendo lançar mão de indicadores para avaliação de desempenho das equipes. Mais tarde, Donabedian (1990) ampliou para “Sete Pilares da Qualidade”, colocando a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização e a legitimidade como essenciais para uma assistência de qualidade.

Para fins deste estudo, utilizou-se os três pilares iniciais de Donabedian, a fim de conhecer a realidade do fenômeno e estabelecer, *a priori*, um diagnóstico de qualidade da emergência estudada.



## **5. MÉTODO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

No intuito de alcançar o objetivo e responder a problemática de pesquisa optou-se pela pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, com amostra intencional e não probabilística. A pesquisa qualitativa tem como objetivo descrever e compreender comportamentos, contextos e experiências presentes nas diversas esferas da sociedade e das instâncias da vida social. Confronta dados do objeto pesquisado por meio de um problema identificado pelo pesquisador, promovendo conhecimento da realidade identificada e desenvolvimento de soluções para a problemática existente (ANA; LEMOS, 2018).

Em relação ao caráter exploratório-descritivo, visa investigar a natureza de um problema a fim de fornecer informações acerca de experiências, comportamentos e outros fatores que estejam relacionados e então a descrição de uma realidade (POLLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### **5.2 CENÁRIO DO ESTUDO**

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis - Santa Catarina, este foi inaugurado em 1966 e conta com unidades de internação, emergência externa 24 horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico, ambulatório de especialidades, serviços de diagnóstico por imagem e serviço de apoio à diagnose terapia. Conta com as seguintes especialidades cirúrgicas: bucomaxilofacial, cabeça e pescoço, cirurgia geral, ortopédica, oncológica, torácica, neurocirurgia, otorrinolaringologia, plástica, urologia e vascular (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2018).

O Hospital ainda conta com UTI adulto Tipo II, unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, retirada de órgãos e tecidos, oncologia cirúrgica porte B, Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON) exclusiva de hematologia, unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia (serviço de nefrologia), procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da política nacional de atenção oftalmológica, unidade de atenção especializada em oftalmologia e centro de referência em atenção à saúde do idoso (Grupo de Condução Estadual da Rede de Atenção às Urgências, 2018).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Hospital Governador Celso Ramos conta com a instalação de Urgência e Emergência composta por 05 consultórios médicos, 01 consultório de odontologia com 01 leito, 01 sala de atendimento a paciente crítico com 14 leitos, 03 salas de curativo, 01 sala de gesso, 01 sala de higienização, 03 salas de pequena cirurgia, 01 sala de observação feminina com 05 leitos, 01 sala de observação masculina com 5 leitos e 01 sala de observação indiferenciada com 03 leitos. Comumente as áreas são delimitadas em salas verticais, onde os pacientes encontram-se em cadeiras e em salas horizontais, as quais recebem os pacientes em maca. A Unidade ainda apresenta 01 sala de Classificação de risco, 01 recepção, 01 farmácia, 02 salas de prescrição, 03 expurgos e 03 postos de Enfermagem.

Segundo a Portaria nº 2041 de 17 de julho de 2018 o Hospital Governador Celso Ramos tem a tipologia de Hospital Especializado Tipo II, caracterizados por dispor de unidades de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral de natureza clínica e cirúrgica (BRASIL, 2018).

Devido à falta de fontes acerca do tema, observou-se empiricamente que há aproximadamente cerca de 7 enfermeiros, 16 técnicos e 7 médicos, atendendo em média 90 pessoas no período diurno, 40 pessoas no período noturno e cerca de 25 ambulâncias por dia.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (2015) o SAMU apresenta 04 bases de Suporte Básico e Avançado de Vida: Base 01: SC-401; Base 02: SC-405; Base 03: Estreito e Base 04: Barra da Lagoa. De acordo com os últimos dados estatísticos divulgados (2015) acerca das Unidades de Destino do SAMU em Florianópolis entre os meses de janeiro a novembro de 2015 houve 4.002 pacientes encaminhados para unidades de saúde e deste total 38.88% foi encaminhado para o Hospital Regional Governador Celso Ramos (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2015).

### **5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Os participantes do estudo são profissionais da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos que atuam na Emergência do referido hospital há pelo menos seis meses, por compreender que nesse período já adquiriu alguma experiência no atendimento ao politraumatizado.

Foram excluídos profissionais afastados por licenças ou outros afastamentos e estudantes de qualquer nível. Os participantes contemplam profissionais dos três turnos de trabalho.

## 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais incluídos na pesquisa e observação não participante da pesquisadora. Segundo Taquette e Minayo (2015) a entrevista se trata de um importante componente da pesquisa qualitativa, uma vez que por meio dela, o pesquisador busca a compreensão de informações contidas nas falas do entrevistado, podendo gerar dados objetivos e subjetivos. De acordo com Guazi (2021), as entrevistas semiestruturadas permitem que o autor inicie com perguntas previamente formuladas, mas trabalha com a possibilidade de o entrevistado discorrer livremente sobre o tema proposto, permitindo o diálogo, mostrando-se um eficiente método para pesquisas de caráter qualitativo.

As entrevistas semiestruturadas são adaptáveis e flexíveis, tornando-se um instrumento capaz de identificar a subjetividade do comportamento humano, permitindo identificar diversas percepções, valores, opiniões e pensamentos em relação aos fenômenos trabalhados. A adoção de entrevistas se torna uma decisão metodológica com alta resolubilidade de problemas científicos, podendo ser utilizada como metodologia única ou como estratégia de apoio (GUAZI, 2021).

Os participantes foram convidados a conhecer o objeto deste estudo de forma presencial, por meio de conversa informal e, diante do interesse, foram coletadas formas de contato para que as entrevistas fossem realizadas, em horário e local convenientes para eles. As entrevistas foram realizadas em maio de 2023 durante o turno de trabalho dos profissionais entrevistados, previamente agendadas e contatadas via telefone. As entrevistas foram gravadas no aplicativo de gravador do celular e transcritas posteriormente, o tempo aproximado de duração foi de 10 minutos. O instrumento de coleta de dados contempla os aspectos do trabalho em emergência, conhecimento relativo à identificação de sinais de politrauma, barreiras de atuação potencialidades e dificuldades (apêndice A).

A observação foi realizada em quatro períodos de trabalho dos profissionais e somaram 25 horas, foram realizados momentos quando não havia entrevistas agendadas. Os objetivos da observação eram conhecer, na prática como se dá a atuação dos profissionais no atendimento à vítima de politrauma, as formas de comunicação entre eles, conhecer a estrutura física da emergência e como se estrutura o processo de trabalho (apêndice B).

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A fase de análise dos dados tem como objetivo responder a pergunta de pesquisa, interpretar os dados coletados, atingindo o objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa, a fim de ampliar o conhecimento acerca do tema abordado e confirmar ou não o pressuposto da pesquisa (TAQUETTE, 2016). Independentemente do tipo de análise abordada em uma pesquisa qualitativa, a interpretação se torna a principal ação da pesquisa, tornando-se a parte essencial da análise (SCHIAVIN; GARRIDO, 2018).

Para este estudo o processo de análise interpretativa com base na hermenêutica-dialética de Jürgen Habermas (2012) foi o escolhido. A análise interpretativa diz respeito à compreensão da experiência vivida a partir do método indutivo, em busca da análise dos textos estabelecendo relações, confronto de ideias e opiniões (TEIXEIRA, 2003; PRODANOV; FREITAS, 2013).

A partir dos estudos feitos por Habermas em 1987 se propôs a análise dos dados com base na perspectiva transdisciplinar, utilizando toda forma de manifestação de conhecimento para a compreensão humana sobre um fenômeno (NETTO; CHAGAS, 2019; ALCANTARA; PAIVA; BRITO, 2018), compreendendo a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram seus discursos, envolvidos em seu contexto histórico e social, por meio da lógica dialética, a qual fornece uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, considerando os fatos sociais e suas influências.

Assim, todas as entrevistas e notas de observação foram transcritas em documento no formato doc, no qual foram criados quadros de mapas de associação de ideias, em que as falas dos profissionais estão dispostas em uma das colunas, na coluna a seguir a ideia interpretativa primária e, por fim, a interpretação final dada pelo referencial teórico deste estudo.

Quadro 1 – mapa de associação de ideias – Eixo 1

<b>Citação</b>	<b>Primeira codificação</b>	<b>Segunda codificação</b>	
[...] o que atrapalha é a gente não ter um ambiente só para politrauma, uma sala de trauma específica.	Ausência de espaço físico específico para atendimento	Estrutura física inadequada	<b>Eixo 1 - Estrutura</b>

Quadro 1 – mapa de associação de ideias – Eixo 2

<b>Citação</b>	<b>Primeira codificação</b>	<b>Segunda codificação</b>	
[...] aqui a gente sempre recebe muito funcionário novo, às vezes a falta de capacitação atrapalha um pouquinho, falta manejo [...]	Ausência cursos e capacitações atrapalha o atendimento	Capacitação	<b>Eixo 2 - Processo</b>

Quadro 1 – mapa de associação de ideias – Eixo 3

<b>Citação</b>	<b>Primeira codificação</b>	<b>Segunda codificação</b>	
[...] tem tanta coisa pra fazer que não tem essa conversa depois, fica bem difícil. Acho que deve depender muito da equipe também. Aí eles conversam mais entre si.	Ausência de conversa multiprofissional após estabilização da vítima	Ausência de Avaliação	<b>Eixo 3 - Resultado</b>

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo seguiu todas as diretrizes e normas regulamentadoras prescritas no Brasil para a pesquisa com seres humanos, com base nos aspectos éticos e legais regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução 466/2012, que discorre acerca da autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social (BRASIL, 2012).

A pesquisa não oferece nenhum custo financeiro nem deslocamento aos participantes, entretanto, houve algum risco de gerar desconforto relacionado ao cansaço, estresse ou aborrecimento ao responder o instrumento, insegurança em não saber responder às questões ou algum outro sentimento negativo não exemplificado. Houve, ainda, a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, e suas potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes, bem como as entrevistas poderiam evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis nos participantes. Por outro lado, destaca-se o potencial da participação na pesquisa por oferecer benefícios à sociedade em geral e aos funcionários da instituição, visto que a colaboração voluntária no estudo permitirá avanços no campo científico em relação à temática e na busca por melhores estratégias de atendimento a este público tão específico.

O projeto foi submetido e protocolado na Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos, apresentado para todos os participantes os esclarecimentos sobre as informações necessárias em relação aos objetivos da pesquisa e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (apêndice C), garantindo a questão do anonimato, do respeito, desistência e de sua proteção ao participar do estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 6.051.829 e CAAE: 68142223.4.3001.5360. Os participantes assinaram o TCLE e foram identificados nos resultados conforme inicial de cada profissão: E – Enfermeiros, M – Médicos e TE – Técnicos de Enfermagem seguida pelo número de sequência das entrevistas. As notas de observação são identificadas como OBS 1 e 2.

## 6. RESULTADOS

Seguindo as orientações para a elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), conforme a Instrução Normativa de 2017, que declara que é dever do acadêmico exibir os resultados no formato de manuscrito, apresenta-se a seguir o manuscrito intitulado: Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma: um diagnóstico situacional.

### 6.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE POLITRAUMA: UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

#### RESUMO:

**Objetivo:** Analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma. **Objetivos específicos:** descrever a organização do trabalho da equipe multiprofissional no atendimento ao paciente politraumatizado, caracterizar aspectos relacionados à abordagem interdisciplinar nesse tipo de atendimento e identificar potencialidades e fragilidades no atendimento ao politraumatizado. **Método:** estudo exploratório-descritivo desenvolvido na Unidade de Emergência de um hospital referência para politrauma no sul do Brasil, com 30 participantes, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos que trabalham no referido setor. Coleta de dados realizada por meio de entrevistas estruturadas e observação não participante realizada em quatro períodos de trabalho dos profissionais em maio de 2023. Realizou-se análise interpretativa com agrupamento e organização dos dados em um mapa de associação de ideias, resultando em 3 eixos: Estrutura, Processo e Resultado. **Resultados:** Emergiram das entrevistas seis categorias: estrutura física inadequada, regulação ineficaz, força de trabalho, capacitação, comunicação, ausência de avaliação e liderança no atendimento. **Conclusão:** foi possível evidenciar dificuldades na estrutura física, insuficiência de recursos humanos, problemas na comunicação e ausência de educação permanente, revelou iniciativas individuais como tentativa de superar limitações e colaboração para enfrentar momentos críticos. Destaca-se a organização da equipe multiprofissional como um papel fundamental no atendimento à vítima de politrauma.

**Palavras-chave:** Traumatismo múltiplo. Cuidados críticos. Assistência ao paciente. Equipe de assistência ao paciente. Emergências.

## INTRODUÇÃO

A definição de trauma caracteriza-se por uma lesão que varia em grau de intensidade e gravidade, sendo intencional ou não, as quais geram alterações fisiológicas no organismo, podendo alterar diversos sistemas do corpo, incluindo o sistema nervoso central, cardiovascular, respiratório, digestivo e musculoesquelético, causando lesões graves e potencialmente fatais. A vítima de politrauma possui mais de uma lesão traumática gerada por

um evento de grande impacto com alto desprendimento de energia, entre eles, acidente automobilísticos, ferimentos por arma de fogo e/ou arma branca, quedas, explosões, atropelamentos, brigas etc. (SANTOS *et al.*, 2018).

O atendimento à vítima de politrauma configura-se em uma situação complexa e desafiadora para a equipe multiprofissional, pois exige uma abordagem integrada e coordenada entre diversas especialidades para garantir o melhor resultado para o paciente, para isso, a abordagem interdisciplinar se faz necessária para que haja uma integração clara entre todos os membros da equipe, a fim de garantir a continuidade do cuidado (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

No Brasil, o politrauma é uma das principais causas de morte, principalmente entre jovens e adultos. Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), o número de mortes decorrentes de acidentes de trânsito chegou a 33.716 em 2020. Além disso, segundo o mesmo levantamento, o Brasil tem uma taxa de mortalidade de 25,5 mortes por 100 mil habitantes em decorrência de causas externas, o que inclui traumas por acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, agressões, entre outras. De acordo com a OMS, o Brasil é o quinto país do mundo em número absoluto de mortes por acidentes de trânsito, com uma média de 22 mortes para cada grupo de 100 mil habitantes (OMS, 2018), ultrapassando a média mundial de 18 mortes, essas estatísticas demonstram a relevância do politrauma como um problema de saúde pública no Brasil e a importância de ações de prevenção e abordagem eficiente multiprofissional para o atendimento dessas vítimas (CARVALHO, 2021).

A abordagem da vítima de politrauma nos hospitais é um processo complexo e multidisciplinar que requer uma equipe multiprofissional treinada e experiente, além de equipamentos e infraestrutura adequados. O objetivo principal da abordagem é garantir a estabilização das funções vitais e a prevenção de complicações, a fim de salvar a vida da vítima e minimizar os danos causados pelo trauma (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018). A avaliação inicial da vítima de politrauma é feita por meio do protocolo XABCDE, que busca identificar e tratar rapidamente as lesões mais graves e potencialmente letais. Esse protocolo inclui as seguintes etapas X – Hemorragias Exsanguinantes; A (AirWay): vias aéreas e coluna cervical; B (Breathing): ventilação e oxigenação; C (Circulation): perfusão e outras hemorragias; D (Disability): disfunção neurológica e E (Exposure): exposição e controle de ambiente (ACLS, 2015; PTHLS, 2020).

A abordagem inicial de uma vítima de politrauma deve ser realizada seguindo protocolos de atendimento preconizados pelo atendimento intra hospitalar, abrangendo a avaliação inicial da vítima, estabilização, exames complementares, tratamento e reabilitação. O custo para o tratamento das vítimas de politrauma soma cerca de 30 bilhões de reais por ano



aos cofres públicos, além de deixar cerca de 11 indivíduos com lesões permanentes e causar uma morte a cada 380 pacientes atendidos no serviço de saúde. (BELMONTE *et al.*, 2017).

A organização do trabalho na emergência é fundamental para assegurar um atendimento eficiente e de qualidade aos pacientes, com cada profissional desempenhando um papel específico no cuidado. É essencial que cada membro da equipe esteja ciente de suas funções de prática e das atribuições específicas, mantendo a divisão clara de tarefas e responsabilidades. Essa abordagem evita conflitos e garante que todas as necessidades dos pacientes sejam atendidas de maneira adequada (RABELO *et al.*, 2020).

Para garantir uma assistência segura e de qualidade ao paciente grave, é fundamental aprofundar a pesquisa sobre a comunicação e inter-relações profissionais, além de gerar novas evidências científicas sobre o assunto. Nesse contexto, o estudo atual se propõe a responder a seguinte questão: Como se dá a organização do trabalho interprofissional no atendimento de vítimas de politrauma na emergência?

Desse modo, formulou-se o seguinte objetivo: Analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma na emergência, a fim de descrever a organização do trabalho da equipe no atendimento da vítima de politrauma, caracterizar aspectos relacionados à abordagem interdisciplinar e identificar potencialidades e fragilidades do atendimento.

## **MÉTODO**

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Emergência de um hospital referência para politrauma no sul do Brasil no período de abril a maio de 2023.

Os participantes da pesquisa foram profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na Emergência com atuação superior a seis meses. Excluiu-se da pesquisa os profissionais afastados e estudantes de qualquer nível. A amostra contemplou profissionais de todos os turnos, que por conveniência da pesquisa qualitativa e saturação teórica dos dados, somaram 30 profissionais. Os profissionais que atenderam os critérios de elegibilidade foram convidados pessoalmente para participar do estudo e foram informados sobre os objetivos da pesquisa, entrevista para coleta de dados e assinarem o TCLE.

Os dados foram coletados no mês de maio de 2023, por meio de entrevista individual semiestruturada, utilizando-se um roteiro norteador com questões relacionadas às características pessoais do participante (profissão, idade, sexo, formação acadêmica, tempo de

atuação na profissão, existência de pós-graduação, tempo de atuação na Unidade de Emergência, jornada semanal de trabalho e tipo de contrato) e questões referentes à organização do trabalho no atendimento à vítima de politrauma. As entrevistas tiveram tempo médio de 30 minutos e foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra. Todas as entrevistas realizadas ocorreram de forma presencial, em horário de comum acordo entre o profissional e a pesquisadora. Observação não participante realizada em quatro períodos de trabalho dos profissionais e somaram 25 horas.

A análise de dados se deu por meio da análise interpretativa com base na hermenêutica-dialética de Jürgen Habermas (2012), com a aproximação teórica de Avedis Donabedian (1996) e seus três pilares para a qualidade da assistência em saúde. Para a organização dos dados utilizou-se o Microsoft Word para transcrição, agrupamento e organização dos dados em um mapa de associação de ideias.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 6.051.829 e CAAE: 68142223.4.3001.5360. Os participantes assinaram o TCLE e foram identificados nos resultados conforme inicial de cada profissão: E – Enfermeiros, M – Médicos e TE – Técnicos de Enfermagem seguida pelo número de sequência das entrevistas.

## **RESULTADOS**

Dos 30 participantes deste estudo, 12 são enfermeiros, com idades variando de 28 a 62 anos. Do total, 10 são do sexo feminino e dois do sexo masculino. O tempo médio de atuação na área varia entre o mais longo de 24 anos e o mais curto de três anos. Quanto ao tempo de atuação em emergência varia entre tempo máximo de 11 anos e o mínimo de sete meses. Todos os 12 enfermeiros possuem algum tipo de pós-graduação, sendo que 10 deles são especializados na área de urgência e emergência. Além disso, a média simples de jornada semanal de trabalho foi de 33 horas semanais. Quanto ao tipo de contrato, foi observado que cinco enfermeiros possuem contratos temporários, quatro são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e três são de regime estatutário.

Da medicina, foram entrevistados oito profissionais, todos do sexo masculino. As idades variando de 25 a 42 anos. O tempo de atuação na área com período máximo de 20 anos e o mínimo de três anos. Em relação ao tempo de atuação em emergências varia em máximo de 20 anos e mínimo de um ano. Todos os entrevistados possuíam alguma pós-graduação. Dos oito

entrevistados, três eram médicos cirurgiões gerais; três médicos cirurgiões ortopedistas e dois médicos residentes em urgência e emergência. A média simples de jornada semanal de trabalho é de 52,5 horas. Quanto ao tipo de contrato, todos os profissionais médicos possuem contrato temporário.

Dos 10 técnicos de enfermagem entrevistados, nove eram do sexo feminino e um do sexo masculino. A idade encontrada varia entre 29 e 51 anos. Quanto ao tempo de atuação na área o maior é de 25 anos e o menor de 03 anos. No que diz respeito ao tempo de atuação em emergências, o tempo máximo de 22 anos e o mínimo de um ano e seis meses. Entre os técnicos de enfermagem, quatro possuíam alguma de pós-graduação, sendo que três deles são especializados na área de urgência e emergência. A média simples de jornada semanal de trabalho foi de 30 horas. Quanto ao tipo de contrato, seis técnicos de enfermagem possuem contrato regido pela CLT, três possuem contratos temporários e um em regime estatutário.

De acordo com os três pilares de Donabedian (1996), os resultados estão dispostos em três categorias principais, com subcategorias que expressam em detalhes a organização do trabalho na emergência na assistência ao paciente com politrauma.

## **Eixo 1 - Estrutura**

### *Estrutura Física Inadequada*

De acordo com as citações dos profissionais entrevistados, constatou-se que a temática mais recorrente entre os profissionais entrevistados foi a abordagem dos problemas relacionados à estrutura física. Dos 30 participantes consultados, 21 deles enfatizaram a relevância dessas questões em seu campo de atuação.

Acho que espaço físico porque não tem onde acomodar o paciente, geralmente eles ficam na sala horizontal [sala em que os pacientes ficam em macas] com todos, aí tem os com fratura exposta com todo mundo, junto paciente hipertensa, com paciente com outras comorbidades, quando a sala cirúrgica e a sala de sutura está ocupada o paciente fica no corredor, esperando atendimento médico ou centro cirúrgico. (E10)

Falta de espaço físico às vezes com uma demanda muito grande por ser um hospital referência em trauma, então todo trauma vem pra cá obviamente. Então tem essa questão do espaço físico.[...] (E12)

Espaço físico com certeza, um hospital que não tem heliponto, um hospital que a porta da reanimação, sala vermelha fica a mais de vinte metros de entrada, a tomografia fica a dois andares acima, o centro cirúrgico fica a cinco andares acima. Então assim, até o paciente chegar, aí o banco de sangue fica quatro andares também, são coisas muito longes uma das outras, não tem uma sala de trauma também, padronizada como se existe nos grandes centros, isso atrapalha bastante. (M6)

Acho que o espaço aqui dificulta bastante, a gente não tem um lugar específico para atender esse tipo de paciente, lá na reanima [Sala de Reanimação] eles ficam tudo junto né, junto com todos os outros casos que chegam para nós aqui. Lá as sala

também são tipo quartos assim, não tem uma visão ampla de todos, se quiser ver, tem que entrar no quarto, eu acho que isso é ruim também. (TE10)

Além disso, dos profissionais entrevistados, 13 participantes destacaram a importância de contar com uma sala específica para atender vítimas de politrauma.

A sala de Trauma poderíamos ter, mas a nossa Reanimação hoje é grande, porém com essas paredes aqui fechando as salas, o paciente não fica tão visível para nós da Enfermagem, tem que estar sempre entrando no quarto para ver. Então acho que poderia ser um ambiente mais amplo que a gente conseguisse visualizar o paciente da onde a gente estivesse, acho que isso ajudaria bastante. (E7)

O ambiente aqui é precário digamos assim. Não tem uma Sala de Trauma, tem uma Reanimação ali, mas mistura paciente clínico, paciente cirúrgico, politraumatizado, então a gente acaba recebendo os pacientes meio que no corredor ali, não tem uma estrutura digamos ideal para esse atendimento. (M4)

[...] o politraumatizado no Brasil ainda é feito de uma forma muito não profissional. Com a minha experiência que eu tenho de visitar centros de trauma fora do Brasil e conversar com pessoas da Europa, da Arábia Saudita, dos Estados Unidos, da Austrália, por exemplo, a gente vê que a gente tá engatinhando numa doença que é extremamente letal, sequelante e na idade mais produtiva. [...] Aqui nesse hospital o ideal seria ter um Sala de Trauma. (M1)

Uma sala de trauma acho que seria um complemento, ajudaria bastante também porque o espaço aqui é complicado, nunca ajuda muito. (TE4)

### *Regulação Ineficaz*

No que diz respeito ao tópico de regulação, que abrange aspectos relacionados às etapas do trabalho, lotação e sobrecarga, bem como a alta demanda enfrentada pelos profissionais, observou-se que 12 dos entrevistados abordaram essas questões, compartilhando preocupações sobre a necessidade de uma melhor regulação das etapas de trabalho, visando assegurar a qualidade do atendimento prestado.

Essa semana, a gente chegou a ter sessenta e oito pacientes na emergência internados, como é que tu vai conseguir né? Por mais que tu se dedique, por mais que tu fique em cima do paciente, nos pacientes graves o pessoal é bastante atencioso, se tem algum paciente em observação pessoal fica em cima, mas não tem nem o local às vezes para colocar esse paciente, para prestar uma assistência mais fidedigna, né? (E3)

Eu acho que é mais emergência lotada, uma demanda gigante para atender as fichas que são desnecessárias para vir ao hospital. E que aí tu perde tempo às vezes ou pode deixar de atender alguém mais grave. (M7)

A gente acaba atendendo muitas dores crônicas, aqui eu falo sobre ortopedia no plantão da emergência. A gente atende muitas consultas que seriam resolvidas no posto de saúde, ou ambulatorialmente, né? Que não necessitaria vir na emergência, que não são traumas, são dores crônicas relacionadas a problemas ortopédicos, mas não são de emergência [...] acaba atrasando o atendimento, demorando mais o atendimento ao politraumatizado. [...] Talvez se fosse uma emergência só

referenciada, se viesse só pacientes referenciados que realmente são emergência ajudaria o atendimento. (M2)

A superlotação está atrapalhando e não adianta, não tem muito o que fazer, é complicado, às vezes tu está cuidando de um paciente, mas tem 10 chamando e tu não consegue chegar no teu paciente, isso atrapalha bastante, a gente não consegue dar o que o paciente precisa. (TE3)

Geralmente a gente acha mais dificultoso levar para exames, porque a noite a gente precisa que o médico ligue para tomografia e o médico suba com um paciente junto e com a gente, então às vezes eles tem muita demanda e demora mais para agilizar assim, se não for um caso tão urgente, uma coisa grave mesmo. (TE8)

### *Força de Trabalho*

No que se refere à questão de quadro de pessoal, 09 dos entrevistados relataram alguma dificuldade nesse aspecto. Foi destacada a falta de profissionais para atender às demandas existentes, resultando em uma sobrecarga de trabalho para poucos funcionários. A escassez de recursos humanos e a alta demanda mencionada por esses profissionais ressaltam os desafios enfrentados pelas equipes atuantes na emergência.

Acho que o pior é a falta de profissional, [...] mas sempre se tenta organizar, de uma forma que dê para atender a vítima, mas acho que a falta de um profissional, do humano assim. (E6)

Falta de funcionários também na verdade, pra dar uma assistência melhor para esse paciente, acaba confluindo, a gente consegue fazer sempre o melhor que dá, mas se tivéssemos mais efetivos eu acho que funcionaria melhor. (TE9)

O ruim é na residência, que às vezes a residência não sabe muito como agir e eles confundem muito a cabeça da gente. Como a gente já está acostumado, então daí a gente fica assim né, mas sempre tem um médico que direciona, o Staff né. Não é somente uma equipe que fica ali [Sala de Reanimação], não sei se ajudaria, porque não é todo mundo que gosta de ficar ali, tem gente que gosta de trabalhar na Emergência, mas não com trauma, então cada um tem a sua personalidade, sua atitude. Tem gente que gosta só de lugar mais tranquilo. A Emergência aqui anda muito agitada, então a gente não tem muito o que escolher, tem que pegar. (TE3)

Apesar das dificuldades mencionadas, um padrão identificado é a prática de deixar os profissionais mais experientes na Sala de Reanimação, onde são necessários habilidades e conhecimentos específicos.

Hoje a gente está tendo uma Sala de Reanimação assim, eles estão procurando deixar lá funcionários que têm mais aptidão para aquilo (E3)

Toda equipe de técnico, enfermeiro, grande parte dos médicos aqui ali na hora que recebem, eu acho que são bem coerentes. É uma equipe coesa, principalmente o pessoal lá da Reanima e o pessoal da medicina do trauma mesmo, a medicina de urgência e emergência. (M5)

Enfermeiras e a equipe em si que fica na Sala de Reanimação já é uma equipe mais experiente e que se conhece, então a gente já está meio que no embalo. (TE2)

Ainda bem que a equipe da Sala de Reanimação às vezes já são mais preparados para aquilo, aí facilita um pouco também. (TE10)

## **Eixo 2 - Processo**

### *Capacitação*

Dos 30 entrevistados, o tema referente à capacitação emergiu em 27 deles, tornando-se uma questão amplamente evidente e relevante. Essa consistência na abordagem da capacitação destaca sua importância significativa no contexto dos profissionais consultados. A presença frequente desse assunto nas respostas dos entrevistados reforça a necessidade de discuti-los acerca do tema.

Em grande parte das respostas dos entrevistados, foi notável que as capacitações específicas acerca do tema, quando realizadas, são feitas de forma autônoma pelos profissionais, sem apoio direto da instituição que trabalham.

Da instituição não. Só por conta mesmo e no dia a dia, a prática ao longo prazo. (E5)

Então, tem como aqui a gente sempre recebe funcionário novo, às vezes a falta de capacitação, atrapalha um pouquinho, falta de manejo, às vezes um funcionário que não consegue se adaptar muito bem ao trabalho do outro, atrapalha um pouquinho também. (E7)

Na parte intra-hospitalar foram só os que eu procurei por vontade própria, não da instituição, da instituição a gente não tem preparo, só o que procura por conta própria mesmo. (E8)

Eu fiz vários cursos, capacitações, tudo por conta própria, ou aprendi na marra, né? (E9)

Além da minha área de atuação em Cirurgia do Trauma eu fiz todos os cursos de urgência e emergência que o médico pode fazer. PHTLS, ACLS, FCCS, DSTC e o ETC, que é o do meu chefe lá de Brasília, lá a gente faz esse curso anualmente no nosso serviço lá de trauma de refresh né. (M1)

A gente lê bastante a respeito, eu aprendi muito aqui na residência, já que é um serviço de referência de trauma, então por ter vivenciado aqui a minha formação eu aprendi, mas eu não tenho curso de ATLS, o Advanced Trauma Life Support, só fiz o ACLS, que também é para emergência, mas é mais voltado pra parte cardiovascular. (M4)

Além disso, diversos profissionais ressaltaram que adquirem conhecimentos e habilidades essenciais por meio da prática profissional, aprendendo com as experiências do dia a dia de trabalho.

Da instituição não. Só por conta mesmo e no dia a dia, a prática ao longo prazo. (E5)

Não, somente por conta própria e experiência profissional. (E6)

Tive, com certeza, a própria residência em si, pelo menos três a quatro anos, você tem essa experiência. É difícil alguém da ortopedia não ter isso. A gente é ortopedista e traumatologista, então é fratura o tempo inteiro, é difícil não ser preparado pra isso. (M5)

Assim, eu já trabalhei em emergências, aqui não foi a primeira em que eu trabalhei, então eu já tenho um conhecimento. [...] Curso não. só a experiência mesmo (TE4)

De capacitação eu acho que falta também né, a gente quando começa aqui apanha muito né, agora já fica mais tranquilo porque tem experiência, mas no começo é bem difícil. (TE10)

### *Comunicação*

De todos os entrevistados, 13 mencionaram o tema da comunicação como uma questão relevante no contexto do atendimento às vítimas de politrauma. Dentre esses, oito enfatizaram que a qualidade da comunicação depende da equipe que está de plantão, destacando que a comunicação flui de maneira satisfatória dependendo do profissional que está atuando no dia.

na questão de comunicação é que depende muito da equipe que está contigo, por exemplo, a equipe de hoje, tem um médico que é mais líder, tem uma enfermeira que é mais líder, então a gente consegue deixar o foco para que um apenas fale e os outros vão executando. Então essa parte é boa, mas não é assim que funciona em todas as equipes, infelizmente. (E8)

De comunicação, depende, tem equipes que são muito boas, são bem agilizadas, o paciente chega e já sabem o que fazer. Algumas outras precisam ficar em cima. Ah, pega acesso, tira da rígida, enfim, depende da equipe. (M6)

comunicação depende muito de cada equipe, as vezes fica difícil de entender bem o que vai acontecer com o paciente, não fica tão claro, mas isso depende de muita equipe. (TE10)

Embora oito entrevistados que mencionaram que a comunicação funciona bem dependendo da equipe, outros participantes enfatizaram que a comunicação não é satisfatória e, de fato, atrapalha o atendimento.

O que a gente mais tem de errado hoje em dia é que os bombeiros trazem os pacientes, abrem a ficha, passam para os médicos e eles não passam para a gente da enfermagem, nós já fizemos várias cartas comunicando isso (E2)

De comunicação às vezes falta, como nós somos informados depois que o paciente já chegou, a gente não faz o primeiro atendimento, as vezes tem um paciente que tem uma fratura exposta, que foi feito, por exemplo, primeiro atendimento, não foi comunicado e aí ele depois que é liberado pela equipe da da cirurgia geral, aí eles pedem uma avaliação, e aí o paciente tinha uma fratura que não não foi avaliada previamente, então demorou, atrasou o diagnóstico. [...] às vezes acontece de ter falha de comunicação, mas o fluxo aqui é bem estabelecido, na maioria das vezes dá certo. (M2)

Observada a chegada de uma ambulância do SAMU, não havendo nenhum aviso prévio da equipe que estava na Sala de Reanimação. Ao chegarem, os profissionais foram recebidos na porta pelo médico residente do 1º ano em cirurgia geral, o médico do SAMU passou a história brevemente enquanto foram direcionados para a Sala de Reanimação (Nota observação)

### **Eixo 3 - Resultado**

#### *Ausência de avaliação*

Todos os entrevistados foram unânimes em mencionar algum fator relacionado à ausência de discussão de casos após a estabilização das vítimas de politrauma, ressaltando a falta de interação e comunicação formal entre os profissionais de diferentes áreas de atuação após a prestação dos cuidados aos pacientes.

Não, aqui no intra-hospitalar não. A gente faz isso muito no pré, de chegar na base, após ocorrência, conversar sobre o que podia e o que não podia ter sido feito. No hospital a gente não faz, infelizmente. (E8)

Entre nós médicos, muitas vezes, vai depender da conduta né, qualquer ajuste de conduta às vezes a gente faz reunião entre a gente mais o staff que está aqui em um dia, mas multiprofissional para traumas a gente não faz. (M3)

Não, a gente não costuma fazer nenhum tipo de conversa, nem entre a Enfermagem. (TE2)

Não houve nenhum tipo de discussão de caso entre a equipe multiprofissional em nenhum momento após o atendimento (Nota de observação).

Dentre os 12 enfermeiros entrevistados, foi revelado que a prática de conversas multiprofissionais após a estabilização do paciente politraumatizado é quase inexistente. Foi observado que, nove enfermeiros relataram que não ocorre nenhum tipo de comunicação formal entre os profissionais de diferentes áreas e nem entre a equipe de enfermagem após a estabilização do paciente, destacando uma lacuna significativa na troca de informações e no trabalho colaborativo entre os membros da equipe em saúde.

Não, o pessoal atende e tem tanta coisa pra fazer que não tem essa conversa no depois né, fica bem difícil. Acho que deve depender muito também da equipe. Ai eles conversam mais entre si. (E3)

Não, até porque na emergência é pra dar uma continuidade né, não seria para o paciente ficar aqui, seria para ele estabilizar, ir UTI, centro cirúrgico, né. Então a maioria tem essa vazão. (E5)

Não, aqui no intra-hospitalar não. A gente faz isso muito no pré, de chegar na base, após ocorrência, conversar sobre o que podia e o que não podia ter sido feito. No hospital a gente não faz, infelizmente. (E8)



Por outro lado, três enfermeiros mencionaram que, embora a comunicação ocorra, ela se limita a conversas informais, não havendo um processo estruturado ou reuniões formais para discussão de casos e compartilhar conhecimentos e aprimoramento do trabalho em equipe.

A gente está sempre conversando, né? Não tem muito tempo hábil para todo momento fazer curso, mas todo dia no grupo está saindo um monte de informações. Os médicos que vão trazendo os casos para gente, a gente vai a todo momento atrás dos médicos perguntar o que eles querem. Por exemplo, ‘‘ah essa paciente está comigo há dois dias, e aí qual vai ser o desfecho? O que vão fazer?’’. A gente está sempre trocando essas informações com o médico, para ver o que ele quer para melhor a gente dar essa assistência. (E2)

Então, tem equipes e equipes. Tem equipe que gosta de sentar, conversar ‘‘e aí a gente podia ter feito melhor, como que foi a organização’’. Tem equipe que não. Mas depende da equipe mesmo, não tem uma rotina. (E7)

Geralmente não, eu converso, pelo menos nos meus plantões, converso com o líder da equipe e só com a equipe em si. Assim a gerência, coordenação a gente não conversa muito. (E12)

De um grupo de oito médicos consultados, três afirmaram que não há nenhuma forma de discussão de casos após a estabilização da vítima de politrauma.

Neste serviço infelizmente não, gostaria muito que tivesse, mas no meu serviço de Brasília eu tenho. (M1)

Por outro lado, cinco médicos destacaram que a discussão de casos ainda ocorre, mas de forma restrita à equipe médica, excluindo a participação de profissionais de outras áreas.

Normalmente a gente costuma dar plantão em duplas ou trios, então a gente acaba trocando ideia quando tem alguma dúvida, alguma coisa. A reunião, tem a reunião dos residentes e eles acabam todo dia passando round com com os staffs ali e discutem também. Entre a equipe multiprofissional não costuma acontecer. (M4)

Sim. Reunião tem no mínimo umas duas, três na semana. Eventualmente tem com a equipe toda, mas não é sempre, não é rotina. Entre nós aqui, toda segunda-feira tem e algumas nas quartas e sextas também. Tenho reuniões paralelas assim, sempre tem, no mínimo uma vez na semana eu tenho. (M5)

Sim, fazemos, mas entre ortopedistas, para decidir o tratamento. (M7)

Dentre o grupo de 10 Técnicos de Enfermagem entrevistados, oito afirmaram que não existe qualquer tipo de discussão de casos dentro da equipe que os engloba. Esses técnicos

relataram que não há uma prática formal de troca de informações e experiências relacionadas aos casos que estão lidando.

Não, a gente não costuma discutir os casos na equipe, é tudo muito rápido. (TE1)

Não, a gente não costuma fazer essa discussão. (TE6)

Geralmente não, porque o médico que conduz tudo. Ele passa para gente o que quer. Aí claro, a gente faz curativo, se precisar, colocar uma fralda, puncionar um acesso, se for pra encaminhar para a UTI, Reanimação ou pro Centro Cirúrgico. (TE7)

Por outro lado, dois Técnicos de Enfermagem mencionaram que, ocasionalmente, ocorrem conversas informais entre eles, mas não há um processo estruturado de discussão de casos.

Olha, aqui eu tô há um ano e seis meses e a maioria das pessoas aqui já trabalham juntos, então já sabem o que devem fazer, já tem uma rotina. A gente não faz nenhum tipo de discussão de casos entre a equipe, às vezes conversa entre colegas e tal, mas nada coordenado. (TE4)

Não, a gente até conversa sempre, sobre principalmente quando é alguma coisa mais grave, mas aí há uma conversa informal entre a gente. (TE9)

### *Liderança no atendimento*

Dos 30 entrevistados, 22 compartilharam suas opiniões sobre a liderança em situações de politrauma. Dentre eles, 10 afirmaram que, assim que a vítima chega, todos os profissionais envolvidos já sabem exatamente o que deve ser feito, e, portanto, ninguém assume um papel de liderança específico.

A gente já sabe, a hora que vê, eles passam o caso, o médico avalia e a gente já começa agir. Geralmente o enfermeiro recebe dos bombeiros e aí já chamamos os médicos, né? O médico vem atender na hora e aí daí eles definem o que é que tem que ser feito. (E3)

Ninguém lidera, cada um já sabe o que tem que fazer, claro, a enfermeira, a gente faz mais ou menos ali né? Numa parada, uma estabilização a gente vai em prioridades, o que é uma prioridade para estabilizar esse paciente, mas não tem uma rotina muito fidedigna assim, muito depende da equipe que tu está também. (E5)

[...] toda equipe de técnico, enfermeiro, grande parte dos médicos aqui ali na hora que recebem, eu acho que são bem coerentes. É uma equipe coesa, principalmente o pessoal lá da Reanima e o pessoal da medicina do trauma mesmo, a medicina de urgência e emergência. (M5)

Então na verdade a liderança, normalmente você tem duas lideranças. Eu vou falar do meu centro de trauma de Brasília, lá a gente tem a liderança de enfermagem e a liderança médica, não necessariamente elas vão brigar entre elas, porque no atendimento do politraumatizado não pode haver brigas e sim sintonias. Então existe

a importância de cada profissional, mas aqui infelizmente ainda não é da forma que eu gostaria. Acho que a gente precisa treinar um pouquinho mais pra gente poder nomear aonde cada um fica. (M1)

Cada um no momento já sabe a sua função. [...] a gente pode ajudar a tirar e o médico vai passando as orientações para nós. A enfermeira também pode liderar, se ela ver que está com um abdômen globoso, alguma coisa assim do tipo. (TE1)

A equipe de Enfermagem iniciou os atendimentos, cada membro da equipe foi realizando uma função (punção venosa, monitorização, exposição da vítima, posicionamento, sondagem vesical, coleta de exames, gasometria etc.). A divisão de tarefas não foi feita previamente e realizada no momento, sem nenhuma comunicação. (Nota de observação)

Em contrapartida, sete entrevistados mencionaram que o médico que lidera a situação, tomando as decisões principais e coordenando a equipe.

Quando é um paciente grave, que a gente recebe na Reanimação, a diferença é que, na verdade, quem acaba liderando acaba sendo médico porque é um paciente grave e ele tem que avaliar, tem que ver o que precisa para estabilizar, ver o que precisa ser feito com esse paciente e aí a gente acabar fazendo. (E4)

Geralmente é liderado pelo médico de plantão da sala vermelha, mas isso depende da equipe que está de plantão, depende de outros fatores também. (M8)

Geralmente quem lidera é a medicina né, a gente não pode fazer nada sem eles pedirem. O máximo que a gente pode ver é se ele tem um acesso venoso bom para fazer alguma droga. Geralmente a medicina pega um acesso central. A Enfermagem já passa sonda também. É porque não tem isso. Às vezes é muito rápido, geralmente estou recebendo um, daqui a pouco já vem outro, então não tem como fazer muita coisa. (TE3)

Geralmente não, porque o médico que conduz tudo. Ele passa para gente o que quer. Ele que vai passando as orientações pra gente. (TE7)

Quatro participantes destacaram que a liderança é compartilhada entre a medicina e a enfermagem, trabalhando em conjunto para garantir a melhor assistência ao paciente.

Geralmente quem lidera fica entre o médico plantonista e o enfermeiro de plantão. (E8)

Todos aqui recebem, lideram né. O enfermeiro recebe, quando é grave, geralmente quando chega na sala de reanimação o médico já está presente, a enfermeira já toma todos os passos né, todos os técnicos já sabem o que fazer. (E9)

A enfermagem que lidera, o médico faz a parte dele na verdade, mas a gente faz meio que tudo junto, na enfermagem, cada um já sabe mais ou menos o que faz, não existe ninguém coordenando na verdade, nem na PCR nada. (TE9)

Por fim, um entrevistado apontou que a enfermagem que lidera a situação, assumindo um papel central na coordenação das ações.

A enfermagem que lidera, o médico faz a parte dele na verdade, mas a gente faz meio que tudo junto, na enfermagem, cada um já sabe mais ou menos o que faz, não existe ninguém coordenando na verdade, nem na PCR nada. (TE9)

Os resultados encontrados nesta pesquisa são de grande relevância, enfatizando a importância crucial da organização do trabalho na emergência. Essas descobertas reforçam a necessidade de estudar acerca do tema.

## DISCUSSÃO

Os serviços de emergência são cruciais para a assistência em saúde e são configurados como porta de entrada para o doente em estado crítico de saúde. No entanto, as emergências sofrem com a demanda excessiva, problemas estruturais, escassez de recursos humanos e materiais e a alta significativa dos índices de violência e acidentes de trânsito (SOUZA; PESSOA-JÚNIOR; MIRANDA; 2017). Diante de tantas inadequações, as emergências têm a qualidade no atendimento comprometida, haja vista que os pacientes graves precisam de uma assistência rápida, imediata e segura (SOUSA *et al.*, 2019).

Em um diagnóstico situacional realizado em unidade de emergência cardiológica do Brasil, constatou-se que o déficit na força de trabalho leva, além da sobrecarga de trabalho, à diminuição do desempenho desses profissionais, que, juntamente com outros problemas de ordem estrutural, promovem a insatisfação profissional coletiva no ambiente de trabalho, comprometendo significativamente com a piora da qualidade (BECKER; SILVA; KANEKO, 2018, ABOLFOTOUH *et al.*, 2017; MESSINA *et al.*, 2015).

Estudos compilados em revisão evidenciaram que a estrutura física inadequada também configura um obstáculo para o cuidado humanizado nas emergências, que embora sejam dinâmicas e possuam características de serviços de alta rotatividade, necessitam manter o cuidado humanizado com foco nas necessidades dos pacientes (SOUSA *et al.* 2019). A estrutura física de serviços de emergência ditos como referência para o trauma, precisa contar com serviço de exames de imagem, como radiografia de tórax, pelve e o FAST (*Focused Assesment with Sonography for Trauma*), pois se constituem instrumentos de alta sensibilidade e especificidade na investigação inicial no paciente politraumatizado (FRINK *et al.*, 2017). A realidade encontrada neste estudo confirma o cenário das emergências no território nacional, sinalizando as mesmas dificuldades em relação à estrutura física inadequada (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os pacientes politraumatizados necessitam de cuidados muito específicos das equipes de saúde, o que tem se tornado um desafio ainda mais complexo, tendo em vista o impacto desses cuidados iniciais para bons resultados e a ligação íntima com o sucesso na recuperação das lesões (FRINK *et al.*, 2017). O corpo do politraumatizado se apresenta hipermetabólico, hipercoagulável e extremamente estressado, o que requer um intenso e contínuo cuidado da equipe (PERBONI; SILVA; OLIVEIRA, 2019).

A gestão dos serviços de emergência possui muitos desafios, especialmente quando relacionados com os recursos humanos. Não se trata somente do quantitativo adequado de profissionais, mas também da ausência/baixa qualificação destes, as formas de contratação (quando temporários, tendem a sair do serviço quando adquirem experiência), a baixa fixação e a alta rotatividade, problemas que culminam na descontinuidade do atendimento (JORGE; CARVALHO; COSTA, 2020).

Para que o atendimento aos pacientes politraumatizados seja eficaz, faz-se necessário que os profissionais que atuam na emergência possuam conhecimento prévio e treinamento suficiente. Estudos demonstram que a realização de treinamentos e/ou capacitações frequentes colabora para a mudança de comportamento das equipes, especialmente na comunicação e nas relações interpessoais e as mantém motivadas, pois experimentam resultados positivos com o passar dos atendimentos (EISENMANN *et al.*, 2018; GROVER *et al.*, 2017).

A necessidade de capacitação para atuar em serviços de emergência e a utilização de protocolos de atendimento para pacientes politraumatizados, contribui para um atendimento padronizado, uniforme, contínuo, integral, efetivo e de qualidade (MARQUES *et al.*, 2016; PERBONI; SILVA; OLIVEIRA, 2019).

Outro aspecto destacado está relacionado à comunicação entre os profissionais, sinalizado neste estudo como uma barreira que influencia de forma muito negativa no atendimento. A ausência de reuniões específicas para discussão dos casos e avaliação do atendimento é fortemente associada a aspecto negativo do trabalho na emergência. A falta de comunicação ainda pode se configurar em problemas de humanização da assistência e de segurança do paciente. Dentre os principais facilitadores para a implementação de práticas colaborativas nas emergências, o bom relacionamento entre as equipes, os treinamentos e, especialmente, a comunicação, são essenciais para o fortalecimento da assistência ao paciente politraumatizado (EISENMANN *et al.*, 2018; GROVER *et al.*, 2017).

A regulação dos serviços de urgência, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), deve seguir diretrizes específicas para assegurar um atendimento eficiente e adequado em situações de urgência. A PNAU estabelece diretrizes

claras sobre como a regulação e a comunicação devem ser conduzidas nos serviços de urgência. De acordo com a PNAU, a regulação deve ser realizada de forma integrada e coordenada, considerando a hierarquização dos serviços de saúde. É essencial que os casos sejam direcionados de acordo com sua complexidade e gravidade, garantindo o acesso rápido e adequado aos serviços necessários. Além disso, a PNAU preconiza a existência de uma Central de Regulação, responsável por receber as demandas de atendimento, avaliar a gravidade dos casos e encaminhá-los para os serviços apropriados. Essa comunicação eficiente é fundamental para garantir que os pacientes sejam atendidos prontamente e direcionados para o local mais adequado às suas necessidades. Contudo, no estudo, foram identificadas situações em que a regulação e a comunicação não foram devidamente observadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essas falhas resultam em atrasos no atendimento, encaminhamentos inadequados e falta de coordenação entre os serviços de urgência, comprometendo a qualidade e a efetividade do cuidado prestado aos pacientes.

A discussão de caso após a estabilização da vítima em unidades de emergência desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Essa prática, conhecida como discussão clínica, envolve análise retrospectiva do atendimento prestado, com objetivo de revisar e aprender com a experiência vivida. Ao promover o compartilhamento de experiências, é possível identificar pontos fortes e fracos, melhorar a tomada de decisão, fortalecer o trabalho em equipe e identificar lacunas de conhecimento, contribuindo para o aprendizado contínuo, aprimoramento profissional e excelência no atendimento (O'CONNOR; RAWSON; REDLEY, 2020).

Para Seuren e colaboradores (2019) As reuniões multidisciplinares baseadas em trocas de conhecimento entre os membros da equipe multidisciplinar visa a melhorar tomada de decisões, tornar o cuidado organizado e entender como as decisões são tomadas. Estudos recentes de Fazzini, McGinley e Stewart (2023) evidenciaram que a comunicação entre a equipe multiprofissional pode não ser linear, uma vez que há perda de informações entre diferentes equipes, sendo identificado que um *briefing* de segurança multidisciplinar, uma espécie de resumo de atendimento, trazido como uma espécie de reunião curta entre os membros da equipe de formato pré-determinado, onde todos os membros possam colaborar e discutir desafios, colabora para a segurança do paciente durante situações de emergência, apoiado a comunicação eficaz entre os membros da equipe e melhorando diretamente a segurança do paciente envolvido.

A ajuda mútua dos profissionais, neste estudo, aparece como um fator protetor ao paciente, pois a interação das equipes contribui na agilidade do atendimento e na sincronia de

cada etapa deste. Esse comportamento costuma estar relacionado ao apoio e à liderança da equipe, no qual o líder é considerado aquele que delega tarefas, apoia os profissionais e coordena os cuidados (WHALEN *et al.*, 2018). Por isso, a relevância da implantação protocolos para o cuidado seguro ao paciente na emergência voltados para a segurança e a qualidade da assistência, além das atividades de cunho gerencial e de educação permanente das equipes (GOMES *et al.*, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste estudo, com relação à organização do trabalho dos profissionais da emergência no atendimento ao paciente vítima de politrauma corroboram com achados de pesquisas anteriores, nas quais são evidenciadas dificuldades que englobam a estrutura física, a insuficiência de recursos humanos, problemas de comunicação, ausência de educação permanente, dentre outros. Todavia, mesmo diante das adversidades do ambiente de trabalho e da complexidade do paciente nessas condições, demonstram iniciativas individuais como tentativa de suprir lacunas, as equipes mostram-se atentas e dispostas a prestar o melhor cuidado possível, e sempre organizadas em torno do paciente.

Diante do exposto, o trabalho multiprofissional humanizado, coordenado e eficiente no atendimento aos pacientes politraumatizados é essencial para o sucesso do tratamento e minimização de sequelas. Por isso, a estrutura física precisa ser adequada nos serviços de referência, a capacitação dos profissionais deve ser contínua para aprimorar a agilidade e a efetividade das ações, pois são componentes cruciais para a melhoria da qualidade da assistência.

Como compreendido nos resultados, a realidade estudada mantém as características do encontrado em outros estudos, o que pode ser reproduzido noutras realidades.

## REFERÊNCIAS

ABOLFOTOUH, Mostafa A. *et al.* Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. **Emergency Medicine Journal**, v. 34, n. 1, p. 27-33, 1 ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2015-204954>. Acesso em: 1 jun. 2023.

ACLS – . American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde.4.a ed. 2015

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**. 10. ed. Chicago: American College Of Surgeons, 2018. 396 p.

BECKER, Ana Cláudia; SILVA, Raphael Kaeriyama e.; KANEKO, Raphael Tadashi. Diagnóstico situacional de uma unidade de emergência cardiológica para avaliação da qualidade do serviço e da assistência ao paciente. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 73, 27 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23973/ras.73.110>. Acesso em: 1 jun. 2023.

BELMONTE, Luana Meneghini et al. LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS INTERNADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA CATARINA. **Revista de Saúde Pública Santa Catarina**, Palhoça, v. 10, n. 1, p. 8-22, abr. 2017. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127676/levantamento-do-perfil-das-vitimas-de-acidentes-motociclistico\\_0N0nCNs.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127676/levantamento-do-perfil-das-vitimas-de-acidentes-motociclistico_0N0nCNs.pdf). Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CARVALHO, Carlos Henrique R.. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e desigualdades interestaduais no Brasil. **Radar: Tecnologia, Produção e Comércio Exterior**, [s. l], v. 67, n. 31, p. 7-10, set. 2021. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10837/1/radar\\_67\\_mortalidade\\_por\\_acidentes.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10837/1/radar_67_mortalidade_por_acidentes.pdf). Acesso em: 22 abr. 2023.

DONABEDIAN, Avedis. **A eficácia da garantia de qualidade**. Revista Internacional de Qualidade em Saúde, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

EISENMANN, Dorothea *et al.* Interprofessional emergency training leads to changes in the workplace. **Western Journal of Emergency Medicine**, p. 185-192, 18 jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.35275>. Acesso em: 1 jun. 2023.

FAZZINI, Brigitta; MCGINLEY, Ann; STEWART, Carolyne. A multidisciplinary safety briefing for acutely ill and deteriorating patients: a quality improvement project. **Intensive and Critical Care Nursing**, p. 103331, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103331>. Acesso em: 1 jun. 2023.

FRINK, Michael *et al.* Multiple trauma and emergency room management. **Deutsches Aerzteblatt Online**, 24 jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>. Acesso em: 1 jun. 2023.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 753-759, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>. Acesso em: 1 jun. 2023.

GROVER, Elise; PORTER, Joanne E.; MORPHET, Julia. An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency



department. **Australasian Emergency Nursing Journal**, v. 20, n. 2, p. 92-97, maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>. Acesso em: 1 jun. 2023.

HABERMAS Jünger. **Teoria do Agir Comunicativo 2**: sobre a crítica da razão funcionalista. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 811p.

HAMERMAS, Junger. **Teoria do Agir Comunicativo 1**: racionalidade da ação e racionalidade social. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 704 p.

JORGE, Maria Salete Bessa; CARVALHO, Maria Raquel Rodrigues; COSTA, Lourdes Suelen Pontes. Gestão em saúde dos serviços médicos de emergência: uma revisão escopo. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e95591110703, 9 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10703>. Acesso em: 1 jun. 2023.

MARQUES, V. D. *et al.* Avaliação do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito por plantonista clínico e cirurgião na sala de emergência hospitalar. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 3, p. 458-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MESSINA, Gabriele *et al.* Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an italian rural hospital. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 4, 17 dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>. Acesso em: 1 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf). Acesso em: 1 jun. 2023.

NASCIMENTO, Iale Thaís Silva do *et al.* **Competências profissionais de enfermagem: avaliação do conhecimento sobre a assistência inicial a vítima de politraumatismo**. 2018. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Tambosa de Almeida, Caruaru, 2018. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1825>. Acesso em: 01 jul. 2022.

O'CONNOR, Darcy T.; RAWSON, Helen; REDLEY, Bernice. Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: an observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards. **Australasian Emergency Care**, v. 23, n. 1, p. 37-46, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.004>. Acesso em: 1 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Status Report On Road Safety 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>. Acesso em: 22 jul. 2022.

PERBONI, Jéssica Siqueira; SILVA, Renata Cunha da; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. **Interações (Campo Grande)**, p. 959-972, 23 set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020

RABELO, Simone Kroll et al. Nurses' work process in an emergency hospital service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>. Acesso em: 3 jun. 2023.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 466/2012. Conselho Federal de Enfermagem. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 1 jun 2023

SANTOS, Milaine Amanda da Silva et al. Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. **Ciências Biológicas e da Saúde Unit**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 11-22, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4648/2777>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>. Acesso em: 1 jun. 2023.

SOUZA, Joana; JÚNIOR, João; MIRANDA, Francisco. Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série, n. 12, p. 107-116, 24 mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/riv16064>. Acesso em: 1 jun. 2023.

WHALEN, Stewart *et al.* The novel role of paramedics in collaborative emergency centres aligns with their professional identity: a qualitative analysis. **CJEM**, v. 20, n. 4, p. 518-522, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/cem.2018.401>. Acesso em: 1 jun. 2023.

## 7. CONCLUSÃO

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo principal analisar a organização da equipe multiprofissional no atendimento a vítimas de politrauma na emergência, buscando compreender e descrever a dinâmica de trabalho nesse grupo, assim como identificar suas potencialidades e fragilidades. Através das entrevistas realizadas com profissionais da equipe, incluindo médicos, enfermeiro e técnicos de enfermagem, foi possível obter informações sobre a forma como o atendimento ao paciente politraumatizado é conduzido em um hospital referência para esse tipo de atendimento.

Os resultados obtidos revelaram que a organização da equipe multiprofissional desempenha um papel fundamental no atendimento às vítimas de politrauma, permitindo uma abordagem integrada e coordenada, com a participação de diversas especialidades. A colaboração, experiência dos profissionais e determinação emergiram como elementos-chave para o sucesso desse tipo de atendimento, mesmo diante dos desafios enfrentados.

A descrição detalhada da organização do trabalho revelou a ausência da definição de papéis e responsabilidades de forma clara, bem como a adoção de protocolos e diretrizes pré-estabelecidas. A abordagem interdisciplinar foi identificada como uma estratégia eficaz para o enfrentamento das complexidades apresentadas pelos pacientes politraumatizados, embora não haja discussões multidisciplinares após a estabilização do paciente, não contribuindo assim para a troca de conhecimento, melhoria no atendimento e visualização dos pontos fortes e fracos de cada equipe no momento de atendimento.

Foram identificadas fragilidades no atendimento envolvendo a falta de recursos materiais, físicos e humanos, bem como a sobrecarga de trabalho enfrentada pela equipe. Essas questões podem comprometer a eficiência e a qualidade do atendimento, ressaltando a necessidade de investimentos e recursos humanos, além do apoio institucional adequado.

As entrevistas revelaram que a ausência de uma comunicação clara e fluida comprometia a troca de informações essenciais para todos os membros da equipe. Além disso, constatou-se que a falta de capacitação promovida pela instituição afetava negativamente a equipe multiprofissional. A ausência de treinamentos regulares sobre protocolos de atendimento e abordagens interdisciplinares limitava o conhecimento e a preparação dos profissionais para lidar com os desafios específicos apresentados por esse tipo de paciente.

A ausência de discussões de casos após a estabilização da vítima pode limitar a oportunidade de aprendizado e aprimoramento da equipe multiprofissional. Essas discussões permitem a identificação de pontos fortes e áreas de melhoria no atendimento, bem como o

compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os membros da equipe, contribuindo para o entrosamento entre os profissionais. Além disso, as discussões promovem a reflexão sobre as práticas adotadas e contribuem para a atualização e desenvolvimento contínuo de cada membro da equipe.

Apesar das dificuldades, foi evidente durante a pesquisa que a equipe multiprofissional busca superar as limitações por meio de iniciativas individuais. Foi observado que os profissionais buscam capacitações adicionais por conta própria, demonstrando um compromisso com o aprimoramento de suas habilidades e conhecimentos. Essa determinação em buscar capacitações externas e trabalhar em equipe reflete o comprometimento e a motivação dos profissionais em oferecer um atendimento de qualidade. Essas iniciativas individuais são importantes para preencher as lacunas deixadas pelo sistema e promover um aprimoramento contínuo da equipe.

Ademais, a união e trabalho em conjunto da equipe foram notáveis. Apesar das deficiências na comunicação e da falta de discussões de casos formalmente, os profissionais demonstraram uma colaboração efetiva nos momentos críticos. Através de uma atitude proativa e da confiança mútua, eles se unem para enfrentar os desafios e proporcionar o melhor cuidado possível às vítimas de politrauma.

A pesquisa e os resultados aqui apresentados possibilitaram uma maior compreensão a respeito da importância do trabalho conjunto da equipe multiprofissional, além da necessidade constante de atualização e da comunicação efetiva para que o atendimento de vítimas graves ocorra de maneira correta e comprometida.

## REFERÊNCIAS

ABOLFOTOUH, Mostafa A. *et al.* Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. **Emergency Medicine Journal**, v. 34, n. 1, p. 27-33, 1 ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2015-204954>. Acesso em: 1 jun. 2023.

ACLS – . American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde. 4.a ed. 2015

ALCÂNTARA, Valderí de Castro; PAIVA, André Luiz de; BRITO, Mozar José de. Desvelando “caixas-pretas” dos textos de estratégia: uma abordagem baseada na hermenêutica crítica. **Organizações & Sociedade**, [S.L.], v. 25, n. 84, p. 30-49, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-9240842>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/osoc/a/p7tWMWRbGCw6DrfK49RLzZy/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ALVES, Marília; MELO, Clayton Lima. TRANSFERÊNCIA DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM PRONTO-SOCORRO. **Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais**, v. 23, n. 1194, p. 1-9, fev. 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remme.org.br/pdf/e1194.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2022.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**. 10. ed. Chicago: American College Of Surgeons, 2018. 396 p.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Resources for Optimal Care of the Injured Patient**. 2014. Disponível em: <https://www.facs.org/media/yu0laoqz/resources-for-optimal-care.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2022.

ANA, Wallace; LEMOS, Glen. METODOLOGIA CIENTÍFICA: a pesquisa qualitativa nas visões de lüdke e andré. *Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar*, Mossoró, v. 4, n. 12, p. 531-541, 30 nov. 2018. **Revista Eletronica Cientifica Ensino Interdisciplinar**. <http://dx.doi.org/10.21920/recei72018412531541>. Disponível em: <http://periodicos.apps.uern.br/index.php/RECEI/article/view/1710/1669>. Acesso em: 28 jun. 2022.

BATISTA, Ruth Ester Assayag; PEDUZZI, Marina. Interprofessional Practice in the Emergency Service: specific and shared assignments of nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 72, n. 1, p. 222-229, fev. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0797>.

BECKER, Ana Cláudia; SILVA, Raphael Kaeriyama e.; KANEKO, Raphael Tadashi. Diagnóstico situacional de uma unidade de emergência cardiológica para avaliação da qualidade do serviço e da assistência ao paciente. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 73, 27 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23973/ras.73.110>. Acesso em: 1 jun. 2023.

BELMONTE, Luana Meneghini et al. LEVANTAMENTO DO PERFIL DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS INTERNADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE SANTA CATARINA. **Revista de Saúde Pública Santa Catarina**, Palhoça, v. 10, n. 1, p. 8-22, abr. 2017. Disponível em:

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127676/levantamento-do-perfil-das-vitimas-de-acidentes-motociclistico\\_0N0nCNs.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127676/levantamento-do-perfil-das-vitimas-de-acidentes-motociclistico_0N0nCNs.pdf). Acesso em: 20 jun. 2022.

Brasil, Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Dispõe sobre Reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466> . Acesso em 10 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.041, de 17 de julho de 2018. **Atualização dos Registros das Portas de Entrada Hospitalar de Urgência da Rede de Atenção Às Urgências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2041\\_18\\_07\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2041_18_07_2018.html). Acesso em: 20 jul. 2022.

CANEPPELE, Aline Heleni et al. Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. , p. 1-7, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0312>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qwb3vpq9FkWRkskRQSkZRGf/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.

CARVALHO, Carlos Henrique R.. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e desigualdades interestaduais no Brasil. **Radar: Tecnologia, Produção e Comércio Exterior**, [s. l], v. 67, n. 31, p. 7-10, set. 2021. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10837/1/radar\\_67\\_mortalidade\\_por\\_acidentes.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10837/1/radar_67_mortalidade_por_acidentes.pdf). Acesso em: 22 abr. 2023.

COIFMAN, Alyne Henri Motta et al. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Canela, v. 55, n. 03781, p. 1-8, fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2020047303781>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6b3gxpq5DL5YJy5ZQPGtgnv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.

Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás (CBM-GO). **Manual operacional de bombeiros: resgate pré-hospitalar: resgate pré hospitalar. Resgate Pré Hospitalar**. 2016.

Disponível em: <https://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/MANUAL-DE-RESGATE-PR%C3%89-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CUSTÓDIO, Daiany Cristina Gil Glioli et al. Dificuldades dos enfermeiros no atendimento de pacientes politraumatizados / Difficulties of nurses in caring for multiple trauma patients. *Brazilian Journal Of Development*, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 9507-9521, 7 fev. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n2-072>.

DONABEDIAN, A. The methods and findings os quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985. 528 p.

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

DONABEDIAN, Avedis. **A eficácia da garantia de qualidade**. *Revista Internacional de Qualidade em Saúde*, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

EISENMANN, Dorothea *et al.* Interprofessional emergency training leads to changes in the workplace. *Western Journal of Emergency Medicine*, p. 185-192, 18 jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.35275>. Acesso em: 1 jun. 2023.

FAZZINI, Brigitta; MCGINLEY, Ann; STEWART, Carolyne. A multidisciplinary safety briefing for acutely ill and deteriorating patients: a quality improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing*, p. 103331, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103331>. Acesso em: 1 jun. 2023.

FERRI, Eduardo Braz, et.al. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Atendimento ao Paciente Politraumatizado: diretrizes clínicas**. 2018. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Diretriz%20Trauma%2013%2008%20\\_2\\_.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Diretriz%20Trauma%2013%2008%20_2_.pdf). Acesso em: 21 jun. 2022.

FONSECA, Fernanda Kelly Souza da. **Assistência de Enfermagem ao paciente politraumatizado na Unidade de Terapia Intensiva**. 2018. 44 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2018. Disponível em: <http://www.sistemasfacenern.com.br/repositorio/admin/acervo/f9aa4dbb3ea3fcb6900c82f36b28d9b6.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

FREIRE, Elana Maria Ramos et al. Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance. *Escola Anna Nery*, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-9, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0224>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GDzByWVvkqYtg63DJxL7gJXK/?lang=en>. Acesso em: 21 jun. 2022.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; BORGES, Lucienne Martins. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a06v22n1.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2022.

FRINK, Michael *et al.* Multiple trauma and emergency room management. **Deutsches Aerzteblatt Online**, 24 jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>. Acesso em: 1 jun. 2023.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 753-759, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>. Acesso em: 1 jun. 2023.

Governo de Santa Catarina. **REGIMENTO INSTITUCIONAL DO SAMU DE SANTA CATARINA**. 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2021/anexos-da-deliberacao-177-2021/18650-anexo-deliberacao-177-2021-regimento-institucional-samu/file>. Acesso em: 26 jun. 2022.

GROVER, Elise; PORTER, Joanne E.; MORPHET, Julia. An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. **Australasian Emergency Nursing Journal**, v. 20, n. 2, p. 92-97, maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>. Acesso em: 1 jun. 2023.

Grupo de Condução Estadual da Rede de Atenção às Urgências. **PLANO DE AÇÃO REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**: macrorregião da grande Florianópolis. Macrorregião da Grande Florianópolis. 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-urgencias-rue/planos-de-acao-regionais-2/par-2018/18109-par-2018-rue-grande-florianopolis/file>. Acesso em: 20 jul. 2022.

GUAZI, Taísa Scarpin. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. **Revista Educação, Pesquisa e Inclusão**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-20, 16 dez. 2021. Universidade Federal de Roraima. <http://dx.doi.org/10.18227/2675-3294repi.v2i0.7131>. Disponível em: <https://revista.ufrr.br/rep/rep/article/view/e202114>. Acesso em: 20 jul. 2022.

HAMERMAS, Junger. **Teoria do Agir Comunicativo 1**: racionalidade da ação e racionalidade social. São Paulo: Martins Fontes, 2012. 704 p.

HABERMAS Jünger. **Teoria do Agir Comunicativo 2**: sobre a crítica da razão funcionalista. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 811p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Frota de Veículos**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/pesquisa/22/28120?localidade1=420540&ano=2021&indicador=28122>. Acesso em: 26 jun. 2022.

JORGE, Maria Salete Bessa; CARVALHO, Maria Raquel Rodrigues; COSTA, Lourdes Suelen Pontes. Gestão em saúde dos serviços médicos de emergência: uma revisão escopo. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e95591110703, 9 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10703>. Acesso em: 1 jun. 2023.

LEYVA, Raúl José Ramos; RODRÍGUEZ, Yoandis Pérez; CAMPAÑA, Ailicec Arias. Assistência de enfermagem a pacientes politraumatizados durante a transferência por meio do



sistema integrado de emergências médicas. **Dialnet**, [s. l], v. 3, n. 8, p. 324-349, ago. 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8156783>. Acesso em: 19 dez. 2022.

MARQUES, V. D. *et al.* Avaliação do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito por plantonista clínico e cirurgião na sala de emergência hospitalar. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 3, p. 458-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MARTINIANO, Eli Carlos et al. Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, Juazeiro do Norte, v. 23, n. 270, p. 4861-4872, 25 nov. 2020. MPM Comunicação. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4861-4872>. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1023/1184>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MATTOS, Leandro Sanceverino; SILVÉRIO, Maria Regina. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 182-191, 30 jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2227>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MELO, Dayane Maria da Silva et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR: uma revisão da literatura. **Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar** - Issn 2675-6218, [S.L.], v. 2, n. 7, p. 1-15, 27 ago. 2021. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/556/503>. Acesso em: 29 jun. 2022.

MESSINA, Gabriele *et al.* Factors affecting patient satisfaction with emergency department care: an italian rural hospital. **Global Journal of Health Science**, v. 7, n. 4, 17 dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>. Acesso em: 1 jun. 2023.

Ministério da Saúde. **CNESNet: consulta estabelecimento - módulo conjunto - inf.gerais**. Consulta Estabelecimento - Módulo Conjunto - Inf.Gerais. 2022. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Conj\\_Informacoes.asp?VCo\\_Unidade=4205402691841](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Conj_Informacoes.asp?VCo_Unidade=4205402691841). Acesso em: 21 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf). Acesso em: 1 jun. 2023.

MÜLLER, Martin et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. **Bmj Open**, [S.L.], v. 8, n. 8, p. 1-10, ago. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.

NASCIMENTO, Iale Thaís Silva do et al. **Competências profissionais de enfermagem: avaliação do conhecimento sobre a assistência inicial a vítima de politraumatismo**. 2018. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Tambosa de Almeida,

Caruaru, 2018. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1825>. Acesso em: 01 jul. 2022.

NETTO, Roberto Magno Reis; CHAGAS, Clay Anderson Nunes. O Método Hermenêutico-Dialético aplicado às Ciências Sociais: uma análise sobre sua utilização para o estudo do tráfico de drogas. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 1-13, 31 dez. 2019. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.29611>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/29611/19491>. Acesso em: 21 jul. 2022.

O'CONNOR, Darcy T.; RAWSON, Helen; REDLEY, Bernice. Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: an observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards. **Australasian Emergency Care**, v. 23, n. 1, p. 37-46, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.004>. Acesso em: 1 jun. 2023.

OLINO, Luciana et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e modified early warning score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 20180341, p. 1-9, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/WWg79Qfp8bPWc6HpQVmJLyC/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Status Report On Road Safety 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>. Acesso em: 22 jul. 2022.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Informe sobre segurança no trânsito na Região das Américas**. 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49136/9789275718537-por.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 27 jun. 2022.

PARREIRA, J. G. et al. Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 76–81, 2012.

PARREIRA, J. G. et al. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 660-664, jan. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302010000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/pbnzpMcWBL78rdhWQKZG5Df/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2022.

PEDUZZI, Marina et al. TRABALHO EM EQUIPE: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-20, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2022.

PERBONI, Jéssica Siqueira; SILVA, Renata Cunha da; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. *Interações (Campo Grande)*, p. 959-972, 23 set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020

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

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **SAMU - DADOS ESTATÍSTICOS 2015**. 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/?cms=samu+++dados+estatisticos+2015>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **SAMU**. 2015. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/?cms=samu>. Acesso em: 20 jul. 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277 p.

RABELO, Simone Kroll et al. Nurses' work process in an emergency hospital service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>. Acesso em: 3 jun. 2023.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 466/2012. Conselho Federal de Enfermagem. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 1 jun 2023

REEVES, Scott et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], v. 2018, n. 8, p. 1-40, 22 jun. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639262/>. Acesso em: 27 jun. 2022.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SOUSA, Carlos Augusto Moreira de. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2851-2860, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DWHLjv6KvWC8b8nZqnC8kBz/?lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2022.

RODRIGUES, M. S.; SANTANA, L. F.; GALVÃO, I. M. **Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado**. *Rev Med (São Paulo)*. V. 96. N. 4. Pag. 278-80, 2017.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1-3, jun. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307026613004.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SAMPAIO, José de Arimatéa Muniz de Alencar et al. A importância do atendimento pré-hospitalar para o paciente politraumatizado no Brasil: uma revisão integrativa / the importance of prehospital care for polytrauma patients in brazil. **Id On Line Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 13, n. 48, p. 889-903, 29 dez. 2019. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i48.2297>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2297>. Acesso em: 26 jun. 2022.

SANTANA, Rui et al. The Demand for Hospital Emergency Services: trends during the first month of covid-19 response. **Portuguese Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. 30-36, jan. 2020. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000507764>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/507764>. Acesso em: 27 jun. 2022.

SANTOS, Milaine Amanda da Silva et al. Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. **Ciências Biológicas e da Saúde Unit**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 11-22, maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4648/2777>. Acesso em: 01 jul. 2022.

Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**. 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10122-hospital-governador-celso-ramos>. Acesso em: 20 jul. 2022.

Secretaria de Estado de Santa Catarina. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/16883-plano-estadual-de-saude-2020-2023/file>. Acesso em: 27 jun. 2022.

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>. Acesso em: 1 jun. 2023.

SOUZA, Joana; JÚNIOR, João; MIRANDA, Francisco. Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série, n. 12, p. 107-116, 24 mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/riv16064>. Acesso em: 1 jun. 2023.

TabNet. **INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SC**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxsc.def>. Acesso em: 23 jul. 2022.

TAQUETTE, Stella R.. Análise de dados em pesquisa qualitativa em saúde. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 524-533, jul. 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790>. Acesso em: 20 jul. 2022.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2423-2430, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.18912014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGwrCW5czMqLyFxLpk7S6Rs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.

TEIXEIRA, Enise Barth. A Análise de Dados na Pesquisa Científica: importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em Questão**, [s. l], v. 2, n. 1, p. 177-201, dez. 2003. Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/84>.

Acesso em: 20 jul. 2022.

WHALEN, Stewart *et al.* The novel role of paramedics in collaborative emergency centres aligns with their professional identity: a qualitative analysis. **CJEM**, v. 20, n. 4, p. 518-522, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/cem.2018.401>. Acesso em: 1 jun. 2023.

World Health Organization (WHO). **Global status report on road safety** 2018. 2018.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>. Acesso em: 26 jun. 2022.

World Health Organization (WHO). **Global status report on road safety**. 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78256>. Acesso em: 27 jun. 2022.

World Health Organization (WHO). **Injuries and violence: the facts**. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-149798>. Acesso em: 26 jun. 2022.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

### Dados gerais:

Profissão:

Idade:

Sexo:

feminino  masculino

Formação acadêmica:

Tempo de atuação:

<1 ano  1-5 anos  5-10 anos  >10 anos

Possui alguma pós-graduação?

Especialização  Mestrado  Doutorado

Especificar a área da pós-graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Emergência:

<1 ano  1-5 anos  5-10 anos  >10 anos

Jornada semanal de trabalho:

Tipo de contrato:

Estatutário  Temporário  CLT  Outro: \_\_\_\_\_

### Questões relativas à organização do trabalho

1. Qual a frequência média de atendimentos a pacientes vítimas de politrauma que você costuma atender em uma semana de trabalho? Você teve algum preparo específico para atender vítimas de politrauma?

2. Existe alguma reunião específica para discussão de casos relacionados à vítima de politrauma? Se sim, quais membros da equipe participam? Existe uma rotina? Alguma estratégia específica de comunicação entre a equipe?

3. Quais as potencialidades você percebe no cotidiano para o atendimento desse tipo de vítima? E quais as fragilidades? Essas fragilidades são em relação ao que? (Estrutura, equipe, conhecimento, etc).

4. Como é realizada a organização da equipe para receber a vítima de politrauma? Normalmente alguém lidera a situação? As atividades são divididas previamente?

5. Gostaria de colocar mais algum aspecto referente ao cotidiano de atendimento na emergência que não foi contemplado aqui?

## **APÊNDICE B – Roteiro de Observação**

Dia/Hora de Observação:

Número de atendimentos a politrauma por período de observação

Como se configura a estrutura física da emergência

Movimento da equipe no momento da recepção da vítima:

Qual membro da equipe liderou o atendimento

Relatos de dificuldades no atendimento

Como se dá a comunicação com a regulação e com a equipe

Verificar se há reuniões, hounds, Safety Huddle ou outro tipo de comunicação integrada

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

#### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### TERMO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma”, referente a um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Este estudo busca analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma na área de urgência/emergência de um hospital público do município de Florianópolis/SC. Justifica-se a relevância desta pesquisa após vivências em campo de estágio onde se observa a interação entre os diferentes membros da equipe multiprofissional e as diversas nuances dessa interação.

Para participar da pesquisa, durante a fase da coleta de dados, que está prevista para os meses de março e abril de 2023, você responderá a um questionário semiestruturado em forma de entrevista, realizada presencialmente, a qual será gravada por meio do Gravador de um Smartphone, a qual será posteriormente transcrita em documento de Word. Este estudo possui o risco de gerar algum desconforto relacionado ao cansaço, estresse ou aborrecimento ao responder às perguntas, insegurança em não saber responder às questões ou algum outro sentimento negativo não exemplificado. Há, ainda, a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, e suas potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes, bem como as entrevistas podem evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis nos participantes. Por outro lado, a sua participação na pesquisa pode oferecer benefícios à sociedade em geral e aos funcionários da instituição, visto que sua colaboração voluntária no estudo permitirá avanços no campo científico em relação à temática. Reforçamos que seus dados serão mantidos em anonimato durante toda a pesquisa, não sendo necessária sua identificação ao responder às perguntas. Ainda, caso decida, você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem apresentar qualquer justificativa e sem ter qualquer prejuízo ou penalização, basta entrar em contato com a pesquisadora para informar a sua decisão. Ressaltamos ainda, que você está respaldado (a) pela legislação brasileira para que não tenha qualquer compensação financeira por estar participando de qualquer pesquisa.

Dessa forma, asseguramos que você não terá nenhum custo financeiro, bem como o Hospital Governador Celso Ramos, mas, caso a participação na mesma gere despesas decorrentes, você será integralmente ressarcido pelos pesquisadores, e o Hospital Governador Celso Ramos não terá qualquer custo. Garantir-se-ão a todos os participantes o acompanhamento de todo o processo da coleta de dados e toda a assistência necessária ao longo de toda a pesquisa, seja por meio dos esclarecimentos de dúvidas que venham a surgir ou para qualquer outra demanda.

Embora garantamos o sigilo e a confidencialidade, assim como o sigilo e a privacidade (item IV.3.e da res. 466/12 e art. 17º., inc. IV da res. 510/16) dos dados referentes à sua identificação, solicitamos seu consentimento para divulgar a partir deste trabalho, as suas colocações que estarão presentes no questionário por você respondido. Informamos que os resultados deste trabalho poderão ser publicados em revistas científicas, entretanto, qualquer



informação relacionada ao seu nome e sua privacidade será preservada, pois apenas os resultados obtidos como um todo será divulgado. Todos os participantes terão acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado (art. 17o., inc. X da res. 510/16).

O desenvolvimento desta pesquisa possui grande relevância social, acadêmica e profissional, no tocante à obtenção de dados relevantes acerca da organização do trabalho da equipe multiprofissional ao receber uma vítima de politrauma, identificando barreiras de atendimento, podendo caracterizar aspectos interdisciplinares e descrever a organização. Dessa forma, sua participação neste estudo é de suma contribuição para o campo científico, a sociedade em geral, e a instituição à qual você está inserido em sua prática laboral.

Caso, em algum momento, os participantes se sintam prejudicados, a pesquisadora principal garante o reparo de qualquer dano, material ou imaterial, que esteja devidamente comprovado durante o processo de pesquisa, que será pago de acordo com a legislação vigente. Há garantia de indenização (itens IV.3.h e IV.4.c da res. 466/12 e art. 9o., inc. VII, art. 10o. e art. 19o., par. 2o. da res. 510/16) caso algum dano imprevisto ocorra. Em caso de necessidade, você poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Profa. Dra. Elaine Cristina Novatzki Forte, através do telefone de número +55 (048) 991444430, pelo e-mail: elaine.forte@ufsc.br, ou ainda presencialmente na Sala I 007 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro de Ciências da Saúde, localizado na Rua Delfino Conti, Bairro Trindade, Florianópolis, Santa Catarina, a qualquer momento que julgar necessário. Poderá também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) no Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o preconizado pela Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Duas vias deste documento, que possui duas páginas, estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Ressaltamos a importância de guardar sua via, visto que é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar voluntariamente da pesquisa intitulada "Organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma".

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador responsável: Profa. Dra. Elaine Cristina Novatzki Forte  
Pág. 2 de 2

**ANEXO A – Declaração de Ciência e Parecer da Instituição Envolvida**

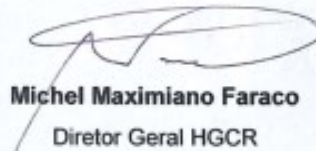
ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E PARECER DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA**

Objetivando atender às exigências das resoluções CNS/MS 466/12 e 251/97 para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos, o representante legal da instituição envolvida no projeto de "ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE POLITRAUMA", declara estar ciente com o seu desenvolvimento nos termos propostos após a aprovação do projeto no referido Comitê de Ética em Pesquisa.

CONCORDO

NÃO CONCORDO

  
**Michel Maximiano Faraco**  
Diretor Geral HGCR

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2023.

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Governador Celso Ramos  
Rua Irmã Benwarda, 297 – CEP: 88015-270 – Florianópolis-SC - Brasil

  
Karina Helena Diogo  
Comissão de Ética Médica HGCR  
Comitê de Ética em Pesquisa HGCR

## ANEXO B – Parecer consubstanciado proponente do estudo

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE POLITRAUMA

**Pesquisador:** Elaine Forte

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68142223.4.3001.5360

**Instituição Proponente:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.051.829

#### Apresentação do Projeto:

A assistência à vítima de politrauma é uma situação desafiadora, pois exige raciocínio clínico rápido, priorização de problemas, ações ágeis, materiais adequados e boa relação interprofissional, sendo que a primeira hora após o evento, denominada "hora de ouro" diminui em muito o risco de óbito. A organização do trabalho multiprofissional visa um atendimento qualificado e seguro, relacionando intervenções e interações de todos os profissionais envolvidos para o bem comum. Por isso, o objetivo de analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma na emergência, tem por prioridade conhecer a organização do trabalho e apontar possíveis fragilidades e fortalezas diante de tais circunstâncias, em que o trabalho é crucial para a manutenção da vida da vítima. Nesse sentido, interpretar como se dá esse trabalho é crucial para o entendimento da dinâmica da emergência, especificamente no atendimento de casos graves que envolvem múltiplos traumas.

Pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, com amostra intencional e não probabilística. Os participantes do estudo serão profissionais da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos que atuam na Emergência do referido Hospital há pelo menos seis meses, por compreender que neste período já adquiriu alguma

**Endereço:** Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-270  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-7036 **E-mail:** cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSON RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 6.051.829

experiência no atendimento ao politraumatizado. Serão excluídos profissionais afastados por licenças ou outros afastamentos e estudantes de qualquer nível. A amostra contemplará somente profissionais do turno diurno, por conveniência das pesquisadoras. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semi estruturadas com os profissionais incluídos na pesquisa. Os possíveis participantes serão convidados a conhecer o objeto deste estudo de forma presencial, por meio de conversa informal e,

diante do interesse, serão coletadas formas de contato para que as entrevistas sejam realizadas, em horário e local que forem convenientes para eles. As entrevistas serão realizadas no período de abril e maio de 2023 durante o turno de trabalho dos profissionais entrevistados, previamente agendadas e contactadas via telefone. O instrumento de coleta de dados contempla os aspectos do trabalho em emergência, identificação de sinais de politrauma, barreiras de atuação e estratégias de enfrentamento, dividido em duas partes, a primeira se refere a aspectos sociodemográficos e a segunda diz respeito às questões relativas à organização do trabalho, com perguntas abertas:

1. Qual a frequência média de atendimentos a pacientes vítimas de politrauma que você costuma atender em uma semana de trabalho?
2. Você teve algum preparo específico para atender vítimas de politrauma?
3. Existe alguma reunião específica para discussão de casos relacionados à vítima de politrauma? Se sim, quais membros da equipe participam? Existe uma rotina? Alguma estratégia específica de comunicação entre a equipe?
4. Quais as potencialidades você percebe no cotidiano para o atendimento desse tipo de vítima? E quais as fragilidades? Essas fragilidades são em relação ao que? (Estrutura, equipe, conhecimento, etc)
5. Como é realizada a organização da equipe para receber a vítima de politrauma? Normalmente alguém lidera a situação? As atividades são divididas previamente?
6. Gostaria de colocar mais algum aspecto referente ao cotidiano de atendimento na emergência que não foi contemplado aqui? Para a análise dos dados, as entrevistas serão transcritas em documento digital e analisadas e sob o olhar da análise interpretativa da hermenêutica-dialética de Jürgen Habermas (2012).

**Critério de Inclusão:**

Serão profissionais da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos que atuam na Emergência do referido Hospital há pelo menos seis meses, por compreender que neste período já adquiriu alguma experiência no atendimento ao

**Endereço:** Rua Irmã Berwarda, 297 - 8º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-270  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-7036 **E-mail:** cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 6.051.829

politraumatizado.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos profissionais afastados por licenças ou outros afastamentos e estudantes de qualquer nível. A amostra contemplará somente profissionais do turno diurno, por conveniência das pesquisadoras.

A fase de análise dos dados tem como objetivo responder à pergunta de pesquisa, interpretar os dados coletados, atingindo o objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa, a fim de ampliar o conhecimento acerca do tema abordado e confirmar ou não o pressuposto da pesquisa (TAQUETTE, 2016). Independentemente do tipo de análise abordada em uma pesquisa qualitativa, a interpretação se torna a principal ação da pesquisa, tornando-se a parte essencial da análise (SCHIAVIN; GARRIDO, 2018). Independentemente do tipo de análise abordada em uma pesquisa qualitativa, a interpretação se torna a principal ação da pesquisa, tornando-se a parte essencial da análise. Para este estudo será escolhido o processo de análise interpretativa com base na hermenêutica-dialética de Jürgen Habermas (2012). A análise interpretativa diz respeito à compreensão da experiência vivida a partir do método indutivo, em busca da análise dos textos estabelecendo relações, confrontamento de ideias e opiniões (TEIXEIRA, 2003; PRODANOV; FREITAS, 2013). A partir dos estudos feitos por Habermas em 1987 se propôs a análise dos dados com base na perspectiva transdisciplinar, utilizando toda forma de manifestação de conhecimento para a compreensão humana sobre um fenômeno (NETTO; CHAGAS, 2019; ALCANTARA; PAIVA; BRITO, 2018), compreendendo a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram seus discursos, envolvidos em seu contexto histórico e social, por meio da lógica dialética, a qual fornece uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, considerando os fatos sociais e suas influências.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma na emergência.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever a organização do trabalho da equipe multiprofissional no atendimento ao paciente politraumatizado.

**Endereço:** Rua Irmã Berwarda, 297 - 8º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-270  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-7036 **E-mail:** cephgcr@saude.sc.gov.br



HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 6.051.829

- Caracterizar aspectos relacionados à abordagem interdisciplinar a esse tipo de atendimento.
- Identificar potencialidades e fragilidades no atendimento ao politraumatizado

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa não oferecerá custos financeiros nem deslocamento aos participantes, entretanto, há risco de gerar algum desconforto relacionado ao cansaço, estresse ou aborrecimento ao responder o instrumento, insegurança em não saber responder às questões ou algum outro sentimento negativo não exemplificado. Há, ainda, a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, e suas

potenciais consequências na vida pessoal e profissional dos participantes, bem como as entrevistas podem evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis nos participantes.

**Benefícios:**

A participação na pesquisa pode oferecer benefícios à sociedade em geral e aos funcionários da instituição, visto que a colaboração voluntária no estudo permitirá avanços no campo científico em relação à temática e na busca por melhores estratégias de atendimento a este público tão específico. O trabalho multiprofissional em saúde ainda é um desafio em muitas instituições, e ao conhecer mais a fundo como ele ocorre no âmbito do atendimento à vítima de politrauma, novas ferramentas/ inovações poderão ser apresentadas às equipes para aperfeiçoamento do seu trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa com desenho adequado a proposta

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados projeto original, TCLE e formulários institucionais

**Recomendações:**

É atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP HGCR os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Segundo a Resolução CNS 466/2012 o pesquisador responsável deve prever procedimentos que

**Endereço:** Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-270  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-7036 **E-mail:** cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 6.051.829

assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Governador Celso Ramos- CEP/HGCR de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/2012 do CNS e complementares, e pela Norma Operacional n°001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da realização do presente estudo

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2128054.pdf	24/04/2023 09:40:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	24/04/2023 09:40:20	Elaine Forte	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_encaminhamento.pdf	24/04/2023 09:38:02	Elaine Forte	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_ciencia_HGCR.pdf	24/04/2023 09:37:42	Elaine Forte	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_normas_hgcr.pdf	24/04/2023 09:37:09	Elaine Forte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Org_multip_revisado.pdf	10/04/2023 11:10:08	Elaine Forte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	10/04/2023 11:09:57	Elaine Forte	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_dados.pdf	27/02/2023 10:54:34	Elaine Forte	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Irmã Benwarda, 297 - 8º andar  
 Bairro: Centro CEP: 88.015-270  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3251-7036 E-mail: cephgcr@saude.sc.gov.br

HOSPITAL GOVERNADOR  
CELSO RAMOS/ SMS -  
FLORIANÓPOLIS - SC



Continuação do Parecer: 6.051.829

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANÓPOLIS, 10 de Maio de 2023

---

**Assinado por:**  
**Carla Pauli**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua irmã Benwarda, 297 - 8º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-270  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-7036 **E-mail:** cepgcr@saude.sc.gov.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II  
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO**

**Declaro que a acadêmica cumpriu todas as etapas de planejamento, desenvolvimento e redação do Trabalho de Conclusão de Curso, com maestria, dedicação e compromisso. O tema escolhido possui relevância para a área da Enfermagem e para a saúde como um todo. Os ajustes apontados pela banca examinadora foram realizados, sendo considerado aprovado, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Florianópolis, 03 de julho de 2023.**

**Elaine Cristina Novatzki Forte**