UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA LÍDIA DE CASTRO SAJIORO AZEVEDO

**Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de
urgência traumática**

Ribeirão Preto
2010

ANA LÍDIA DE CASTRO SAJIORO AZEVEDO

**Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de
urgência traumática**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Ribeirão Preto
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

FICHA CATALOGRÁFICA

Azevedo, Ana Lídia de Castro Sajioro

Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática. - Ribeirão Preto, 2010.

118 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Chaves, Lucieli Dias Pedreschi.

1. Gerência. 2. Enfermagem em emergência 3. Equipe de enfermagem. 4. Centros de Traumatologia. 5. Serviços Médicos de Emergência.

AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro

Gerenciamento do cuidado de enfermagem em
unidade de urgência traumática.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus pais, **Everaldo e Stael**, que me proporcionaram o mais valioso dos patrimônios, a educação e me fizeram compreender o valor do estudo para a vida. Muito obrigada pela força em muitos momentos em que precisei de vocês junto à minha filha e por todas as vezes em que vocês permitiram, ao invés de me pegar no colo, que eu me levantasse com meu próprio esforço.

Ao meu companheiro e esposo, **Marcelo**, que compartilha todos os meus sonhos e com muita paciência e carinho me ajuda a realizá-los. Obrigada pelo incentivo e apoio durante esta trajetória.

À minha querida filha, **Laura**, que mesmo sendo tão pequena entendeu que, em alguns momentos, era preciso me ausentar e, em outros, me fez parar e dar mais atenção a ela, me ensinando sempre a ser uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos, **Caroline e Felipe**, que torcem pelo meu sucesso e compreendem a necessidade de muitas vezes não estarmos juntos.

A **Deus**, que me deu forças, saúde e coragem para seguir este caminho.

Agradecimentos

À Profª Drª Lucieli Dias Pedreschi Chaves,

querida orientadora, que me mostrou com muita sabedoria e paciência que era possível o quase impossível, indo muito além da orientação. Amiga e companheira, nos momentos tristes e felizes, permitiu que eu desenvolvesse minhas habilidades e conduziu-me de maneira sutil ao longo dessa trajetória. Obrigada pelo carinho e pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal.

À Profª Drª Clarice Aparecida Ferraz,

que me acolheu e confiou em minha capacidade. Muito obrigada pelo incentivo constante, pelos ricos ensinamentos e qualidade das recomendações para a realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Sandro Scarpelini,

que esclareceu muitas dúvidas e apontou valiosas sugestões para o aprimoramento deste trabalho.

À Drª Miyeko Hayashida,

que com amizade e disponibilidade, auxiliou no processamento dos dados.

Aos meus sogros e cunhadas, Terezinha, Braz, Carolina e Luciana,

pela disponibilidade e força nos inúmeros momentos em que precisei de vocês junto à minha filha.

À minha querida Cica

que esteve sempre ao meu lado tanto nos momentos alegres, quanto nos de angústia, oferecendo apoio incondicional para o alcance dos meus ideais.

Às amigas Ana Carolina, Luíza, Graciana, Maria Elena e Vanessa

pela disponibilidade e apoio constante tanto nos momentos de risadas, quanto nos de muito trabalho.

À equipe de enfermagem da Unidade de Emergência do HCFMRP,

queridos amigos, a valiosa contribuição de cada um de vocês atribuiu valor a este estudo, vocês com muito carinho tornaram as etapas menos árduas e muito agradáveis

A CAPES

pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

*"Que hoje possa descobrir meus enganos de ontem, e
que me seja concedido obter amanhã novas luzes a
respeito do que se considera bem estabelecido hoje."*
(Maomedes)

RESUMO

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O conhecimento da prática dos enfermeiros em unidades de atendimento a agravos traumáticos, tanto no que se refere ao cuidado, quanto às atividades gerenciais é imprescindível diante da importância das urgências traumáticas no contexto de atenção à saúde. Este estudo teve como objetivo geral analisar a prática do enfermeiro em uma unidade de trauma, no âmbito do gerenciamento do cuidado bem como, caracterizar os agravos traumáticos atendidos, no ano de 2007, segundo variáveis demográficas, epidemiológicas e organizacionais, considerando os mecanismos do trauma. Trata-se de estudo descritivo, utilizando dados quanti e qualitativos. O estudo foi realizado em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo–SP. Para a abordagem quantitativa utilizou-se como técnica de coleta de dados a pesquisa documental em base de dados secundários; a etapa qualitativa desenvolveu-se segundo as premissas de estudo de caso, utilizando técnicas de coleta de dados: observação participante e entrevista semi-estruturada. Os resultados evidenciaram como perfil dos agravos atendidos, homens na faixa etária de 20 a 30 anos, procedentes de Ribeirão Preto, vítimas de acidentes de transporte, nos finais de semana, entre 13h00min e 18h59min, o tempo de permanência hospitalar foi de 24 horas ou menos. Em relação aos índices de gravidade de trauma os casos de ISS com escore de 1-15 (trauma leve), decorrentes de acidentes de transporte, e o RTS superior a seis relacionados à maior probabilidade de sobrevivência. A análise dos casos observados evidenciou aspectos importantes no tocante ao atendimento do paciente vítima de trauma, a saber: condições de acesso, organização da unidade, assistência/gerência de enfermagem. Evidenciou-se na sala de trauma, o gerenciamento do cuidado, centrado em atividades assistenciais e gerenciais. Assistenciais focadas no cuidado prestado ao usuário no microespaço da unidade e gerenciais que incluem a organização do acesso do paciente, da unidade, da equipe, de materiais e equipamentos. Cabe destacar que a abordagem assistencial aparece de forma articulada às atividades gerenciais, caracterizando então o gerenciamento do cuidado exercido na unidade estudada. O enfermeiro tem importante papel na articulação de profissionais de saúde e de enfermagem bem como na mobilização de recursos para atenção ao paciente. Fragilidades na articulação, integração e comunicação, bem como nas limitações no uso da supervisão enquanto instrumento gerencial são aspectos que foram destacados como dificultadores do trabalho em equipe no contexto da sala de trauma.

Palavras-chave: Gerência, Enfermagem em emergência, Centros de Traumatologia, Serviços Médicos de Emergência, Equipe de Enfermagem

ABSTRACT

AZEVEDO, A. L. C. S. **Management of nurse care in emergency trauma unit.** 2010.119 f. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

The knowledge of nurses' practice at units of attendance to traumatic injuries, both when it comes to care, and to management activities is indispensable due to the importance of traumatic emergencies in health care. This study's main goal was to analyze the practice of a nurse at a trauma unit, at care management, and also to report traumatic injuries treated, in 2007, under demographic, epidemiological and organizational parameters, considering trauma mechanisms. This is a descriptive study that uses quantitative and qualitative data. It was performed at a university hospital in the State of São Paulo-SP. For quantitative analysis, the documentary research of secondary data base was used as the data collection technique; the qualitative stage was developed under the case study rules, using data collection techniques: participative observation and semi structured interview. The results have shown as an average of injuries treated, men between 20 and 30 years old, from Ribeirão Preto, victims of traffic accidents, on weekends, between 13h00min e 18h59min, with hospitalization time of 24 hours or less. Regarding the trauma severity scores, cases with ISS scores of 1-15 (mil trauma), resulting from traffic accidents, and RTS higher than six related to higher survival probability. The analysis of observed cases has shown important aspects of the trauma victims' care: access conditions, unit's organization, nursing assistance/management. In the trauma room, care management focused on assistance and management activities was noticed. Assistance activities are related to care given to the patient inside the space of the unit. And management activities that include the organization of: the patient's access, the unit itself, the staff, materials and equipment. It's important to note that the assistance approach comes related to management activities, though featuring the care management provided at the unit studied. Nurse plays an important role on linking health professionals and nurses themselves, and also on resource mobilization to patient care. Weaknesses on articulation, integration, communication,

as much as limitations on using supervision as a management instrument, are aspects seen as hindering the team work at the trauma room.

Keywords: Management, Emergency Nursing, Trauma Centers, Emergency Medical Services, Nursing Team.

RESUMEN

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerencia de la atención de enfermería a trauma en servicio de urgencias.** 2010. 119 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Conocer la práctica de los enfermeros en una unidad de atención a daños traumáticos, tanto referente al cuidado, como a las actividades de gerencia son imprescindibles, dado la importancia de las urgencias traumáticas en el contexto de atención a la salud. El objetivo general fue analizar la práctica del enfermero en una unidad de trauma, en la esfera de gerencia del cuidado así como, caracterizar los daños traumáticos atendidos, en el año 2007, según variables demográficas, epidemiológicas y organizacionales, considerando los mecanismos del trauma. Este estudio descriptivo, utilizó datos cuantitativos y cualitativos y fue realizado en un hospital universitario en el interior del Estado de São Paulo. La técnica para la recogida de los datos cuantitativos fue la investigación documental en base de datos secundarios y la etapa de recogida de datos cualitativos se desarrolló siguiendo las premisas del estudio de caso, utilizando como técnicas: la observación participante y la entrevista semiestructurada. Los resultados indicaron como perfil de las personas atendidas, hombres entre 20 a 30 años de edad, procedentes de la ciudad de Ribeirão Preto, víctimas de accidentes de tránsito, en los finales de semana, entre las 13 y las 18:59 horas, el tiempo de permanencia en el hospital fue de 24 horas o menos. En relación a los índices de gravedad del trauma los casos de ISS con valores de 1 a 15 (trauma leve), decurrentes de accidentes de tránsito, y el RTS superior a seis fueron relacionados con mayor probabilidad de sobrevivencia. El análisis de los casos observados evidenció como aspectos importantes relacionados al atendimento de la víctima de trauma: condiciones de acceso, organización de la unidad y asistencia/gerencia de enfermería. En la sala de trauma se evidenció la gerencia del cuidado, centrado en las actividades asistenciales y de gerencia. La asistencia enfocada en el cuidado prestado al cliente en el microespacio de la unidad y gerencia que incluye la organización del acceso del paciente, de la unidad, de los profesionales, de materiales y equipos. Cabe destacar que el abordaje de asistencia aparece de forma articulada a las funciones gerenciales, caracterizando entonces la gerencia del cuidado ejercido en la unidad estudiada. El enfermero tiene

un papel importante en la articulación de profesionales de la salud y de enfermería, así como en la movilización de los recursos para la atención al paciente. Fragilidades: articulación, integración, comunicación, y limitaciones en el uso de la supervisión en cuanto instrumento de gerencia son aspectos que fueron destacados como dificultades del trabajo en grupo en el contexto de la sala de trauma.

Descriptores: Gerencia, Enfermería de Urgencia, Centros Traumatológicos, Servicios Médicos de Urgencia, Grupo de Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo faixa etária, gênero, procedência e mecanismo de trauma, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP.....	53
Tabela 2 -	Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo fluxo de entrada (dia da semana e horário de admissão), tempo de permanência e condições de alta hospitalar, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP.....	55
Tabela 3 -	Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade anatômico (ISS), no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP.....	57
Tabela 4 -	Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade anatômico (ISS) e mecanismo de trauma, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP.....	59
Tabela 5 -	Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade fisiológico (RTS), no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP.....	60
Tabela 6 -	Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade fisiológico (RTS) e mecanismo de trauma, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP.....	61
Tabela 7 -	Distribuição dos enfermeiros entrevistados, segundo ano em que concluiu a graduação, tempo de atuação profissional na área de urgência, pós-graduação e cursos na área de urgência - Ribeirão Preto, 2009.....	64

Tabela 8 –	Distribuição dos casos observados segundo a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, Escala de Coma de Glasgow, RTS e localização da lesão, no momento da admissão hospitalar – Ribeirão Preto, SP – 2009.....	77
Tabela 9 –	Distribuição das abordagens/ ações realizadas pela equipe de saúde e pelos enfermeiros nos casos observados durante a avaliação primária dos pacientes segundo o tipo da abordagem – Ribeirão Preto, SP – 2009.....	78
Tabela 10 –	Distribuição das abordagens/ ações realizadas pela equipe de saúde e pelos enfermeiros nos casos observados durante a avaliação secundária do paciente na sala de trauma segundo o tipo da abordagem – Ribeirão Preto, SP – 2009.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
AIS	Abbreviated Injury Scale
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APVP	Índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BLS	Basic Life Support
CAC	Colégio Americano dos Cirurgiões
CID	Classificação Internacional de Doenças
COREN - SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
CURM	Central Única de Regulação Médica
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
EERP-	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
USP	Universidade de São Paulo
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
USP	Universidade de São Paulo
ISS	Injury Severity Score
MTOS	Major Trauma Outcome Results
OMS	Organização Mundial de Saúde
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PHTLS	Pre Hospitalar Trauma Life Support
RTS	Revised Trauma Score
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SMS-RP	Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
TRISS	Trauma Revised Injury Severity Score
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	Apresentação	
1	CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO	20
	1.1 O Contexto da Urgência Hospitalar	21
	1.2 Urgências Traumáticas	24
	1.3 A Prática Gerencial do Enfermeiro	29
2	JUSTIFICATIVA	34
3	OBJETIVOS	36
	3.1 Objetivos Específicos	37
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
	4.1 Natureza do estudo	39
	4.2 Cenário do estudo	40
	4.3 Explorando o campo empírico	42
	4.4 População e sujeitos da pesquisa	43
	4.5 Técnicas de coleta e análise dos dados	44
	4.6 Procedimentos éticos	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
	5.1 Caracterização do perfil demográfico, epidemiológico e organizacional dos atendimentos da unidade de urgências traumáticas	52
	5.2 Gerenciamento do cuidado	62
	5.2.1 Acesso do paciente à sala de trauma	66
	5.2.2 Organização da unidade	69
	5.2.3 Atividades assistenciais e gerenciais	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICES	106
	ANEXO	117

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O interesse pela área de urgência e emergência durante a graduação em enfermagem motivou-me à realização de estágio extracurricular na sala de urgência de um hospital de ensino. Essa experiência, bastante enriquecedora, me estimulou optar por esse cenário de prática para cumprir, no ano de 2002, o estágio curricular de Administração Aplicada à Enfermagem Hospitalar II e o estágio curricular em Enfermagem Aplicada ao Adulto.

Nessa época, algumas indagações começaram a emergir no tocante à prática do enfermeiro em urgência, particularmente nos aspectos gerenciais focados na integralidade da atenção e na qualidade do cuidado em situações de urgências traumáticas.

No cotidiano desse serviço, pude perceber que o atendimento na sala de trauma tem representação expressiva no processo de trabalho do enfermeiro, assumindo importância não só pela complexidade e especificidade das ações do cuidar, mas também pelos recursos humanos e materiais mobilizados, além da necessidade de interface com outros setores do hospital e do sistema local de saúde, constituindo-se em importante área de atuação do enfermeiro.

Ao concluir o curso de graduação, no ano de 2002, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), a Especialização em Urgência e Emergência Clínico-Cirúrgica, modalidade residência, na referida Escola, apresentava-se como a alternativa que conciliava o meu interesse pela área em foco e a possibilidade de dar continuidade à formação profissional.

Após a conclusão do curso de residência, no ano de 2005, o qual permitiu adquirir conhecimentos, aprimorar a formação, além de fornecer subsídios para o enriquecimento da prática profissional, fui aprovada em concurso público para o cargo de enfermeira no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP). O referido hospital possui uma Unidade de Urgência e Emergência, sendo que na escolha de vaga para ocupação do cargo de enfermeira, pude optar pela sala de urgência, o que me permitiu consolidar experiências, ampliar

conhecimentos, desenvolver práticas assistenciais, gerenciais e de ensino com alunos de graduação em enfermagem.

Entendo que a atividade de pesquisa é de fundamental importância para propiciar uma prática profissional de qualidade e, nesse sentido, manter vínculo com a universidade apresenta-se como perspectiva de aproximação do campo da investigação. Nesse sentido, concomitante a esses anos de prática hospitalar, investi esforços para me inserir no cenário universitário e, no ano de 2005, fui aprovada em concurso público para a função de especialista em laboratório na EERP-USP.

O exercício dessa função, articulado ao trabalho dos docentes, permitiu a participação em atividades de assistência, docência e pesquisa, acompanhando alunos em estágios curriculares em várias disciplinas e auxiliando no desenvolvimento de projetos de pesquisa. A experiência dos últimos oito anos ampliou minha visão sobre a rede de serviços de saúde e também sobre a universidade, tendo em muito contribuído para refletir sobre o curso da minha formação e direcionar a continuidade dos estudos na área de urgência traumática com a inserção na pós-graduação, nível mestrado.

Atualmente, o desafio tem sido a inserção na função docente em um curso de graduação em enfermagem em um centro universitário privado. A atuação na área de administração aplicada à enfermagem tem propiciado desenvolver atividades de ensino focando a gerência articulada à assistência de enfermagem, com foco no cuidado no cenário hospitalar.

Gostaria de ressaltar que a atuação do enfermeiro na sala de urgência, particularmente em trauma, tem chamado minha atenção por envolver especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado a pacientes com necessidades complexas, que requerem conhecimento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares pelo impacto inesperado de uma situação que coloca em risco a vida de um ente querido. Esse conjunto de elementos tem me instigado a pensar sobre o potencial da gerência de enfermagem despertando o interesse em uma análise mais detalhada da prática gerencial nesse cenário.

A partir dessa percepção da realidade, para melhor compreender as condutas do enfermeiro em uma sala de trauma, desenvolvi esta investigação, tendo em vista a perspectiva da competência na área de gerenciamento do cuidado de

enfermagem. A dissertação que apresento, a seguir, está delineada com a contextualização do tema segundo referências atualizadas, justificativa, objetivos, trajetória metodológica, resultados e discussão, considerações finais, referências, apêndices e anexo.

Contextualizando a temática de estudo

1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DE ESTUDO

1.1 O Contexto da Urgência Hospitalar

A Política Nacional de Atenção Básica tem sido concebida como a estratégia voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde, integrando ações preventivas e curativas, bem como à atenção a indivíduos e à comunidade (BRASIL, 2006a). Todavia, o esforço no incremento das ações básicas ainda não tem sido suficiente para resolver um grande contingente de problemas de saúde em nível primário de atenção. Assim, o sistema hospitalar continua recebendo um grande número de consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos de alto custo e internações.

A desarticulação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde confirma o conhecimento empírico da realidade, retratada historicamente pela supervalorização do enfoque curativo e hospitalocêntrico. Parece haver um descrédito da população em geral em relação aos serviços de atenção básica, que não estão adequadamente estruturados para atingir um grau de resolubilidade desejável (KOVACS et al., 2005).

Esta situação parece justificar a inadequação da demanda por assistência hospitalar, culminando com a superlotação dos serviços de urgências e emergências e, conseqüentemente, com a baixa qualidade da assistência prestada àqueles que realmente necessitam de atendimento nesta esfera de atenção, comprometendo a integralidade da atenção (KOVACS et al., 2005).

O principal objetivo dos serviços de urgência/emergência é diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes. Para tanto é preciso garantir os elementos necessários em um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua (GARCÍA-CASTRILLO; DEL BUSTO, 2001).

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre a sociedade e o Sistema Único de Saúde (SUS). Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação

hospitalar, assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e à alta taxa de permanência hospitalar destes pacientes. Na questão social, nos últimos anos, pode ser verificado pelo aumento de 30% no Índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências, enquanto por causas naturais este dado encontra-se em queda (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

No que se refere à atenção em urgência, o crescimento do número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços hospitalares. O conhecimento desta realidade em nosso meio é de importância fundamental, no sentido de evidenciar a necessidade de reestruturação do atual sistema de saúde, na perspectiva de consolidação dos princípios do SUS.

Diante da grave crise que incidia sobre o atendimento pré-hospitalar e hospitalar, uma grande mobilização política ocorreu, no final da década de 90, sendo normatizada, em junho de 1999, a Portaria Ministerial 824/GM, que tratou das urgências em âmbito pré-hospitalar introduzindo a regulação médica como elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar com enlace ao nível hospitalar (BRASIL, 1999). Em junho de 2001, foi editada a Portaria 814/GM, revogando a portaria anterior, considerando a necessidade da implantação de sistemas regionalizados, segundo hierarquização resolutive, integralidade da atenção e equidade na alocação de recursos (BRASIL, 2001).

Considerando a importância da área de urgência e emergência enquanto componente da assistência à saúde, o crescimento da demanda por serviços nesta área e a insuficiente estruturação da rede assistencial, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, em novembro de 2002, editou a Portaria 2048/GM, que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências, estabelecendo normas e critérios de funcionamento para o atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar, prevendo, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências e a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos nesta área (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria 1863/GM, de setembro de 2003, para garantir a organização de sistemas regionalizados, a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às

urgências clínicas, cirúrgicas, gineco obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (BRASIL, 2006b).

A necessidade de reordenar os fluxos de referência e contrareferência de pacientes no SUS, de integrar os serviços de urgência hospitalar aos demais níveis de atenção, por meio da regulação médica das urgências ou de outras centrais do complexo regulador da atenção no SUS, justificou, em setembro de 2004, a publicação da Portaria 1828/GM, que estabeleceu as atribuições gerais e específicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o respectivo dimensionamento técnico para estruturação e operacionalização destas centrais (BRASIL, 2006b).

No Brasil, a estruturação de sistemas de atendimento às urgências tem sido altamente influenciada por elementos do modelo franco-germânico para a organização das centrais médicas de regulação, dos serviços de atendimento pré-hospitalar e das equipes multidisciplinares de assistência. No que se refere à sistematização do conhecimento e das práticas assistenciais no país, têm sido muito utilizados elementos dos programas anglo-americanos (SCARPELINI, 2007).

O modelo franco-germânico de atendimento pré-hospitalar baseia-se na atividade direta do profissional médico, que avalia o caso desde o atendimento do chamado telefônico até o atendimento no local onde a vítima se encontra – a cena do acidente. Esse profissional é responsável por avaliar a complexidade da situação e destinar recursos adequados para o atendimento. Esse modelo estrutura-se de forma a direcionar adequadamente os pacientes aos hospitais, garantindo a eficiência no atendimento desde o início do processo (SCARPELINI, 2007).

O modelo anglo-americano apresenta algumas diferenças do modelo franco-germânico, tem como diretriz a remoção rápida da vítima para um serviço de referência. Os profissionais denominados *Emergency Medical Technician* e *Paramedics* são treinados para o atendimento específico às vítimas, através de protocolos elaborados por médicos. A atividade do médico, nesse modelo, é indireta, organizando o serviço, elaborando protocolos de atendimento, capacitando e reavaliando os profissionais que atuam diretamente nos atendimentos. O atendimento intra-hospitalar no modelo anglo-americano é realizado por equipes específicas, direcionadas para o atendimento inicial à vítima, são profissionais com formação generalista. Em um segundo momento, a vítima é encaminhada para o

atendimento especializado para dar continuidade ao tratamento (SCARPELINI, 2007).

Para o mesmo autor, apesar dos avanços nas diretrizes para atendimento de urgências e emergências ocorrida na última década, a realidade, na maioria das cidades brasileiras é de desorganização dos serviços. Ainda é muito difícil descrever o que existe em cada região do país, em especial porque as diferenças estruturais entre estados e municípios não permitem, até o momento, a construção de um sistema uniforme de atendimento (SCARPELINI, 2007).

Para Mendes (2009), a crise do sistema público de saúde no Brasil decorre da crescente incidência de doenças crônicas e a organização do sistema de saúde ser fragmentada e centrada nas condições agudas, para o autor a crise só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde, sem hierarquização, mas uma rede horizontalizada disponibilizando distintas densidades tecnológicas em diferentes sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. A implantação dessas redes, poderá ocasionar uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar a rede de atenção às urgências e às emergências.

Considerando que o objeto de investigação ora proposto está circunscrito à gerência do cuidado de enfermagem em uma unidade de trauma, apresento, a seguir, uma preleção sobre a temática das urgências traumáticas.

1.2 Urgências Traumáticas

A história do trauma é um reflexo da história da humanidade, constituindo-se em uma doença multissistêmica, em caráter endêmico, na sociedade moderna. É um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem exigido dos serviços e dos profissionais de saúde, práticas diferenciadas além de políticas institucionais que deem conta do atendimento de um quadro diversificado de violência e acidentes (MANTOVANI; FRAGA, 2001; PAVELQUEIRES, 1997).

A rápida e expressiva elevação da morbimortalidade por acidentes e violência, tem acompanhado o processo de urbanização. No Brasil, a partir dos anos 80, constitui-se em um dos pontos mais relevantes da transição epidemiológica. Durante as décadas de 80 e 90, as causas externas permaneceram em segundo lugar em morbimortalidade, abaixo apenas das enfermidades cardiovasculares. Entre 2000 e 2004, a mortalidade por causas externas passou a ocupar o terceiro lugar retornando em 2005, ao segundo lugar em mortalidade geral no país e em sexto lugar em internações hospitalares (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008; BRASIL, 2009).

O trauma, no Brasil, corresponde a uma perda financeira estimada em cinco bilhões de reais ao ano, é responsável pelo maior número de mortes entre indivíduos de um a 39 anos de idade, uma vez que nessa faixa etária encontra-se a maior parcela da população economicamente ativa (MONTE ALTO, 2007; DOMINGUES, 2008). Constitui um problema social de grande magnitude devido ao expressivo número de vítimas com sequelas incapacitantes permanentes. Tal fato requer o esforço conjunto de todos os setores da sociedade em busca de soluções que estabeleçam um sistema verdadeiramente integrado de atendimento, desde a atenção básica até a de alta complexidade, por meio de políticas públicas eficientes, que contemplem ações de prevenção, promoção, recuperação e valorização da vida (WALDMAN; JORGE, 1999; MONTE ALTO, 2007; DOMINGUES, 2008).

As urgências traumáticas configuram-se em um conjunto de agravos à saúde que podem levar ao óbito e a sequelas incapacitantes, incluem as causas acidentais (devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes originados pela violência) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de agravos consta da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob a denominação de Causas Externas (BRASIL, 2009).

No Brasil não existe, ainda, um sistema totalmente organizado de atendimento ao traumatizado e, no sentido de melhorar a assistência a estes pacientes, se faz necessário um entendimento detalhado das causas, tratamento e evolução das vítimas destas lesões. Para que um programa de controle de qualidade contínuo e efetivo seja estabelecido, é fundamental a monitorização dos eventos relacionados aos cuidados e evolução do traumatizado, através dos registros de dados de trauma, que devem coletar dados referentes aos

traumatismos, classificá-los, definir a gravidade e agrupar as informações para análises individuais e coletivas (FRAGA; MANTOVANI; MAGNA, 2004).

Para Gennari e Koizume (1995), pode-se inferir por gravidade, a extensão das lesões, o risco que elas causam à vida, o período e o grau de incapacitação, bem como a proporção das incapacidades permanentes.

A determinação da gravidade do paciente traumatizado é bastante complexa dada à heterogeneidade dos grupos de pessoas lesadas que diferem-se entre si quanto à natureza e a extensão/complexidade das lesões. Para favorecer a classificação da gravidade dos casos, foram desenvolvidos os índices de gravidade de trauma, que são valores matemáticos ou estatísticos, quantificados por escores numéricos, que variam de acordo com a gravidade das lesões resultantes do trauma, divididos em três grandes grupos: fisiológicos, anatômicos e mistos. Estes índices permitem dimensionar a gravidade do trauma, empreender os recursos terapêuticos necessários à recuperação e o desenvolvimento de pesquisas (GENNARI; KOIZUME, 1995; MANTOVANNI; FRAGA, 2001).

Alguns índices são muito específicos, porém outros são de aceitação universal, como Injury Severity Score (ISS), o Revised Trauma Score (RTS) e o Trauma Revised Injury Severity Score (TRISS), sendo periodicamente revistos e atualizados, a fim de se tornarem mais precisos para uma melhor caracterização da gravidade do trauma (FRAGA; MANTOVANI; MAGNA, 2004).

O ISS, descrito por Baker et al. (1974), é baseado na Abbreviated Injury Scale (AIS), um sistema de base anatômica que classifica cada lesão por região corpórea e estabelece um escore que indica a gravidade da lesão específica. O escore varia de 1 a 75, sendo que os valores mais altos indicam maior gravidade do trauma e consequentemente aumento da possibilidade de óbito. Os valores de 1 a 15 são considerados trauma leve, de 16 a 24 trauma moderado e escores iguais ou maiores a 25 trauma grave; cabe destacar que escore igual ou maior a 16 corresponde a um trauma importante com uma mortalidade acima de 10%, sendo necessária a assistência em um centro de trauma (MANTOVANNI; FRAGA, 2001; DOMINGUES, 2008).

O RTS consiste em um índice fisiológico de gravidade que considera as funções circulatória, respiratória e do sistema nervoso central para o cálculo da probabilidade de sobrevivência. Os valores de cada variável são codificados e multiplicados com pesos e depois somados. O escore varia de 0 a 7,8408, sendo os

valores mais altos associados à probabilidade de sobrevida mais elevada (DOMINGUES, 2008).

O índice misto TRISS, concilia parâmetros anatômicos e fisiológicos, é utilizado para avaliar sobrevida. É calculado utilizando os valores obtidos do índice fisiológico RTS e do anatômico ISS, a idade do paciente e o tipo de trauma (fechado ou penetrante) (MANTOVANNI; FRAGA, 2001).

A capacidade de perceber objetivamente a gravidade do trauma e, por conseguinte, o risco de vida, pode nortear a prática diária em relação à assistência aos pacientes, sobretudo quanto ao estabelecimento de medidas prioritárias e, especialmente, naqueles serviços com profissionais com pouca experiência no manejo desse tipo de paciente (GENNARI; KOIZUME, 1995).

Um aspecto fundamental durante o atendimento à vítima de trauma é o tempo, não sendo possível, em muitas ocasiões, proceder à investigação propedêutica antes de tratar algumas lesões que implicam em risco imediato à vida, nesse sentido a capacitação de profissionais da saúde visando uma abordagem diferenciada e sistematizada da assistência é essencial.

Nos países desenvolvidos, a partir da década de 70, com o intuito de promover uma assistência adequada à pacientes traumatizados em situações complexas, foram desenvolvidos programas de qualidade. Tais programas são imprescindíveis para estruturar e organizar o sistema de atendimento ao trauma, uma vez que fazem parte desse processo a educação e a capacitação dos profissionais, bem como o direcionamento de recursos, estabelecimento de prioridades, registro dos resultados e auditoria dos tratamentos realizados.

Dentro desta concepção, diferentes protocolos têm sido adotados para atendimento às urgências e emergências clínicas e traumáticas, em adultos e crianças, no espaço pré e intra-hospitalar, a saber: o Advanced Cardiac Life Support (ACLS), o Advanced Trauma Life Support (ATLS), o Pediatric Advanced Life Support (PALS), o Basic Life Support (BLS), Pre Hospital Trauma Life Support (PHTLS) cada qual, com sua especificidade, propõe fundamentalmente uma padronização das condutas para todos os componentes da equipe de saúde, na perspectiva de uma atenção integral.

Salienta-se, no caso deste estudo, a importância da sistematização do atendimento, segundo a proposta do ATLS que, considerando as limitações de dados disponíveis e a falta de diagnóstico inicial em caso de trauma, propõe a

identificação e tratamento imediato dos problemas que coloquem o paciente em risco iminente de vida, utilizando a abordagem mnemônica do ABCDE.

Tal método apresenta uma sequência lógica e ordenada com medidas específicas de avaliação e de intervenções correspondentes que devem ser adotadas em todos os pacientes traumatizados. O A corresponde a abordagem de vias áreas com proteção da coluna cervical, o B respiração, o C circulação/controle da hemorragia, o D incapacidade/estado neurológico e o E exposição/ambiente (despir completamente o paciente, prevenir hipotermia) (COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES (CAC), 2005).

A abordagem ao paciente vítima de trauma, no âmbito hospitalar, segundo as diretrizes do ATLS requer um acesso rápido às lesões e a instituição de medidas terapêuticas imediatas de suporte à vida. Uma vez que o tempo é essencial no atendimento ao traumatizado, é imperiosa uma abordagem sistematizada, que possa ser aplicada e revista. Este processo é denominado “Avaliação Inicial” e assim que o paciente apresentar tendência à normalização de suas funções vitais inicia-se a “Avaliação Secundária” que consiste em levantar a história do mecanismo do trauma e do próprio paciente, realizando um exame físico completo com a reavaliação dos sinais vitais, além da realização de exames diagnósticos para identificar lesões específicas (CAC, 2005).

A sistematização do atendimento inicial, baseada na proposta do ATLS, tem sido utilizada na capacitação de recursos humanos em saúde e adotada como referência pela equipe multiprofissional no atendimento aos pacientes. Os enfermeiros que desempenham suas atividades em unidade de trauma, atuam em equipe, a fim de garantir uma abordagem integral e multiprofissional do atendimento, assumindo sua parcela de responsabilidade na atenção direta aos usuários, elencando como prioridade o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Faz-se necessário um olhar minucioso sobre as ações do enfermeiro em unidade de trauma, que tem como núcleo de competência e responsabilidade, o cuidado e a gerência de enfermagem, pois esses profissionais devem estar preparados para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando de conhecimento científico e competência clínica, uma vez que o atendimento hospitalar ao paciente politraumatizado exige tomada de decisão e ações ágeis.

Considerando a experiência profissional e o exposto na literatura acerca de gerência em enfermagem, entende-se que, em unidade de trauma, as ações de

gerenciamento estão articuladas ao cuidado, cabendo destacar que o enfermeiro é o responsável por priorizar, planejar e participar da execução do cuidado de enfermagem adotando as diretrizes do ATLS; mobilizar recursos humanos, materiais e tecnológicos qualificados que garantam uma boa assistência; prover ações de acolhimento e educativas aos usuários e familiares; interagir com os demais profissionais da equipe de saúde; ocupar espaços de articulação e negociação para a manutenção da capacidade organizacional e de melhorias do atendimento.

A gerência de uma unidade de agravos traumáticos é fundamental para que o atendimento ocorra de forma competente, ágil e articulada entre os membros da equipe. Embora os enfermeiros que atuam em urgência e emergência estejam cada vez mais conscientes da importância de suas ações para o restabelecimento da vida, ainda hoje, não estão ainda suficientemente despertos para uma visão contextualizada do indivíduo, dentro de uma assistência fundamentada em princípios éticos e de integralidade, para a continuidade do processo do cuidar, objetivando a reabilitação (PAVELQUEIRES, 2002).

Diante do exposto no tocante ao contexto das urgências no âmbito hospitalar e a prática do enfermeiro focada no cuidado aos pacientes traumatizados, no próximo tópico apresento considerações acerca do trabalho gerencial do enfermeiro.

1.3 A Prática Gerencial do Enfermeiro

Os enfermeiros têm assumido no cotidiano do trabalho nas unidades de urgência os cuidados aos pacientes mais graves e os procedimentos de maior complexidade além das atividades de organização e coordenação do serviço, desenvolvendo de forma compartilhada as atividades assistenciais e gerenciais.

O processo de cuidar e o processo de gerenciar podem ser considerados como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro em seu dia a dia. O cuidar caracteriza-se pela observação, o levantamento de dados, o planejamento, a implementação, a evolução, a avaliação e interação entre pacientes e trabalhadores da enfermagem e entre diversos profissionais de saúde. Já o processo de administrar tem como foco organizar a assistência e proporcionar a qualificação do pessoal de enfermagem através da educação continuada, apropriando-se para isto,

dos modelos e métodos de administração, da força de trabalho da enfermagem e dos equipamentos e materiais permanentes (PEDUZZI, 2000; WILLING; LENARDT, 2002).

Historicamente o processo de trabalho gerencial da enfermagem sofreu forte influência das teorias clássicas da administração. Os pressupostos clássicos estão presentes como uma prática baseada na centralização do poder, no controle, na impessoalidade das relações e na ênfase em atividades administrativas burocráticas, persiste a alienação do trabalhador em relação ao seu objeto de trabalho, a fragmentação das atividades, a realização de tarefas repetitivas e o excesso de normatização, que desqualificam as necessidades sentidas pelos pacientes (FERNANDES et al., 2003; AZZOLIN, 2007).

Apesar das contribuições do modelo funcional à organização do trabalho na área hospitalar, ao longo do tempo, este tem produzido efeitos negativos que prejudicam o processo de trabalho. Dentre eles, destaca-se as dificuldades para responder prontamente às necessidades dos pacientes e dos trabalhadores, interferindo de forma significativa na qualidade dos serviços prestados, pois o trabalho de enfermagem é desenvolvido mecanicamente sem maiores vínculos com os problemas cotidianos e os usuários (SPAGNOL, 2005).

Há algum tempo o enfoque das atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros, dada sua característica centrada em aspectos técnico-burocráticos da organização tem sido criticado. Ferraz e Valle (1999) afirmam que esta abordagem de atuação gerencial demanda grandes investimentos e não traz resultados significativos para o cuidado ao usuário.

Para Fernandes et al. (2003), a enfermagem deve acompanhar as transformações da sociedade contemporânea. Cabe às enfermeiras responsáveis pela gerência do cuidado buscar cada vez mais inovações que permitam amenizar as consequências do modelo de gerência clássica, adotado até hoje na maioria das instituições de saúde.

Ferraz (2000) afirma que os processos de cuidar e administrar, na saúde e na enfermagem, quase não se tocam, correndo de forma paralela nas instituições hospitalares e que a aliança destes dois eixos constitui-se no cuidar gerenciando/gerenciar cuidando, dimensão que se refere a uma construção não dada para a enfermagem brasileira, mas que se apresenta como um novo paradigma que tem sido elaborado conceitual e operacionalmente.

O distanciamento do profissional enfermeiro entre o gerenciar e o cuidar, gera inquietações pessoais e profissionais, impõe um repensar da prática administrativa voltada para a assistência, para resgatar o papel do enfermeiro como gerente do cuidado (WILLING; LENARDT, 2002). As autoras reforçam ainda que o gerenciamento, no processo de trabalho da enfermagem, tem como foco principal a organização da assistência, isto é, o planejamento de ações compartilhadas de modo que a equipe de enfermagem, sob liderança do enfermeiro, desenvolva o trabalho com eficiência e qualidade.

Ainda hoje, o enfermeiro tem sido chamado a compartilhar uma tarefa eminentemente voltada para o usuário, que exige destes profissionais habilidades e conhecimentos clínicos e o desenvolvimento de um estilo de gerência alternativo ao que ora se apresenta. Cabe, portanto, aos serviços de enfermagem hospitalar, às escolas de enfermagem e aos enfermeiros em exercício enxergar a realidade e, a partir disto, abarcar o cuidado de enfermagem como novo alvo para o sucesso da profissão (FERRAZ; VALLE, 1999).

Na atenção à saúde intra-hospitalar de alta complexidade, a dimensão biológica é crucial diante do risco de vida, colocando-se como eixo central da gerência do cuidado que direciona intervenções objetivas e rotinas de trabalho. Todavia a autora não declara adesão ao reducionismo biomédico, incluindo em suas análises a perspectiva da integralidade do cuidado através da exploração do conceito estratégico de gestão do cuidado que envolve as dimensões psico-emocional, social-relacional e espiritual (FERRAZ, 1998).

O enfermeiro é o coordenador do cuidado executado pela equipe de saúde, uma vez que é detentor da quase totalidade das informações, conhece o usuário, a família, a equipe médica e o funcionamento da unidade sendo, portanto, o organizador do ambiente do cuidado, guardião das normas e rotinas institucionais e organizador da assistência prática (LUNARDI FILHO, 2000).

Para Rossi e Silva (2005), o entrelaçamento e a aproximação entre o cuidar e o gerenciar faz parte de um novo paradigma da enfermagem que está sendo construído na atualidade. Hausmann e Peduzzi (2009) definem o gerenciamento do cuidado como um possível projeto para a área da enfermagem e a expressão mais clara da boa prática, na medida em que ocorre a articulação entre os processos de trabalho gerencial e assistencial, atendendo às necessidades do paciente e da instituição.

A concepção clássica e tradicional de gerência, voltada à burocracia e centrada na divisão de trabalho, já sofre influências de um modelo contemporâneo, voltado ao gerenciamento do cuidado e aponta a necessidade de trabalhar a concepção de gerenciamento dos enfermeiros de forma mais articulada, para que possa favorecer a assistência (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

É preciso, portanto, refletir criticamente e lançar novo olhar sobre os processos de gerenciamento do cuidado, a fim de que seja construída uma nova realidade organizacional alinhada a melhores práticas. Essas novas práticas do cuidado devem estar sustentadas pela utilização diferenciada e inovadora dos distintos tipos de tecnologias, que não só as pertencentes aos modelos tecnológicos utilizados no desenvolvimento da administração científica e no modelo clínico assistencial (ROSSI; SILVA, 2005).

Neste estudo, utilizamos a expressão gerenciamento do cuidado para fazer referência à prática de enfermagem que integra as dimensões gerenciais e assistenciais com vistas a atender as necessidades de cuidado dos pacientes e articula a equipe de enfermagem e a instituição (LIMA; ALMEIDA, 1999; FERRAZ, 2000; ROSSI; SILVA, 2005; LIMA et al., 2000; GUSTAVO; LIMA, 2003; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; PINHO; SANTOS; KATORSKI, 2007; PIRES; MATOS, 2006).

O conhecimento de aspectos demográficos, epidemiológicos e organizacionais relativos aos atendimentos realizados em diferentes serviços pode subsidiar ações gerenciais do enfermeiro que se referem a distribuição de pessoal, escala diária, mensal e de férias, previsão e provisão de recursos materiais. Ou seja, as informações que caracterizam o perfil dos atendimentos trazem contribuições para identificar nuances do serviço, fornecendo subsídios para a organização do microespaço de atenção (COELHO, 2009).

Nesta ótica, o exercício profissional em uma unidade de trauma tem se mostrado como um desafio para o enfermeiro articular a centralidade do cuidado ao paciente e a gerência de enfermagem, em uma nova perspectiva, responsabilizando-se pela coordenação de equipe, pela mobilização de recursos subjetivos e objetivos requeridos na atenção em urgência. Assim, considero importante, para o campo da enfermagem, conhecer de perto a prática dos enfermeiros das unidades de atendimento ao traumatizado, tanto no que se refere ao cuidado, quanto às atividades gerenciais que deveriam ter como finalidade a

qualidade do cuidado. Com esta investigação buscou-se alcançar interpretações da realidade prática que possam contribuir com esclarecimentos e permitir que o enfermeiro tenha uma maior clareza de seu trabalho.

Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

A importância da área de urgência no contexto de atenção à saúde, a crescente demanda por serviços regulados e estruturados, a magnitude dos agravos traumáticos para a sociedade, bem como a necessidade do enfoque multiprofissional no atendimento, previsto na Portaria 1863/GM, são elementos que nos instigam a investigar a inserção do enfermeiro nesse processo de trabalho, particularizando para compreender a sua prática gerencial.

Minha experiência profissional em urgência e emergência tem permitido apreender a magnitude dessa área no contexto do sistema local de saúde, no cenário hospitalar. Além disso, representa importante setor de atuação para o enfermeiro, que requer articulação entre ações assistenciais voltadas ao traumatizado e família, bem como ações gerenciais centradas no cuidado, na unidade e na equipe.

O presente estudo justifica-se tendo em vista o quanto é imperioso, na atualidade, sistematizar uma nova visão sobre a gerência do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática, sendo fundamental a estruturação da assistência segundo a abordagem do ATLS e considerando a interface do perfil demográfico e organizacional dos atendimentos de urgências traumáticas hospitalares com o processo de cuidar.

Nesse sentido alguns questionamentos têm emergido: Qual o perfil demográfico, epidemiológico e organizacional dos agravos traumáticos atendidos no hospital? Quais as características do gerenciamento do cuidado de enfermagem no âmbito da unidade de trauma?

A partir destes questionamentos proponho a realização desta pesquisa cujos resultados poderão contribuir com evidências sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem, possibilitando o estabelecimento de diretrizes norteadoras para enfermeiras que atuam em unidade de trauma.

Objetivos

3 Objetivos

Analisar a prática do enfermeiro em uma unidade de trauma, no âmbito do gerenciamento do cuidado, em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo–SP.

3.1 Objetivos Específicos

Caracterizar os agravos traumáticos atendidos, no ano de 2007, em um hospital de ensino, segundo variáveis demográficas, epidemiológicas e organizacionais, considerando os mecanismos do trauma.

Descrever as ações dispensadas pelo enfermeiro aos pacientes vítimas de trauma, nas primeiras quatro horas do atendimento, no tocante ao acesso à sala de trauma, à organização da unidade, bem como suas atividades assistenciais e gerencias.

Trajetória Metodológica

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Natureza do estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório e descritivo, utilizando dados quanti-qualitativos, para conhecer e detalhar, o perfil dos atendimentos a agravos traumáticos em um hospital de ensino, descrevendo as ações do enfermeiro relativas ao acesso do paciente, organização da unidade, atividades assistenciais e gerências a esses agravos. A primeira fase do estudo utilizou dados quantitativos estruturados, com base em dados secundários existentes no Sistema de Vigilância Epidemiológica da instituição em estudo.

Para Hearst et al. (2003), existem três abordagens para se utilizar em pesquisas de dados existentes, para atender o interesse deste estudo é utilizada a análise de dados secundários individuais que fornecem informações separadas para cada sujeito, possibilitando realizar associações segundo os objetivos da investigação.

A produção de conhecimento a partir de dados secundários pode ser de dois tipos: dados individuais e agregados. A primeira opção fornece informações separadas para cada sujeito, nesse tipo de dados, o pesquisador pode realizar associações entre as características medidas nos sujeitos da amostra, diferentemente da pesquisa com dados agregados em que a informação é disponibilizada para um grupo de sujeitos não sendo possível individualizá-las (HEARST et al., 2003).

Essa fase da pesquisa possibilitou a atualização do pesquisador sobre o perfil demográfico, epidemiológico e organizacional dos atendimentos da unidade de urgências traumáticas, favorecendo uma visão do contexto e seleção de casos, permitindo o planejamento da segunda parte da investigação.

A segunda fase do estudo desenvolveu-se segundo as premissas de estudo de caso, utilizando-se de dados quantitativos e qualitativos. Para Stake (2000), o estudo de caso como estratégia de pesquisa é caracterizado pelo interesse em casos individuais e não pelos métodos de investigação, os quais podem ser os mais

variados, tanto qualitativos como quantitativos, um caso é uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas.

Para Yin (2010), o estudo de caso é definido como uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência. As habilidades exigidas para se coletar os dados para um estudo de caso são muito mais exigentes que aquelas necessárias para se realizar um experimento ou levantamento.

É necessário um pesquisador bem treinado e experiente para conduzir um estudo de caso de alta qualidade devido à contínua interação entre as questões teóricas que estão sendo estudadas e os dados que estão sendo coletados. Neste tipo de estudo o pesquisador deve manter-se atento para conhecer o contexto, as relações interpessoais envolvidas, sentimentos e valores, o que vai favorecer uma apreensão mais complexa do objeto estudado (YIN, 2010).

O estudo de caso pode ser de caso coletivo, nesta abordagem o pesquisador estuda conjuntamente um determinado número de casos com a intenção de indagar sobre determinado fenômeno, população ou condição geral (STAKE, 2000). Este enfoque, a nosso ver, foi o que melhor atendeu aos objetivos deste estudo, uma vez que permitiu um diagnóstico situacional, com análise do objeto de estudo tendo em vista a elaboração de recomendações para o serviço de enfermagem.

4.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município situado no nordeste do estado de São Paulo, polo de atração de atividades comerciais e de prestação de serviços, com destaque para a área da saúde -- sede administrativa e polo assistencial da região. Em 2009, conta com uma população estimada de 563.107 habitantes que chega a 1.284.318 quando considerada a população de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII) também sediada no município (BRASIL, 2009).

A organização do fluxo de atendimento hierarquizado e regionalizado ocorre, no município, por meio dos instrumentos de referência e contrareferência.

Particularmente, no tocante à urgência/emergência, desde 1996 está em funcionamento no município o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e, em 1997 foi instalada provisoriamente a Central de Regulação Médica, porém só em 2000 foi criada oficialmente a Central Única de Regulação Médica (CURM). Desde 2005, encontra-se em implantação um Complexo Regulador responsável por centralizar a regulação não apenas das internações, mas também de consultas, atendimentos especializados e exames de diagnose e terapia. Essa Central tem como finalidade reordenar o fluxo dos diferentes níveis de atenção do sistema local em um processo dinâmico de planejamento, organização, avaliação e gestão.

O hospital de estudo é público, de natureza estatal, qualificado para o ensino nas áreas de saúde e tem como missão institucional o atendimento às urgências de alta complexidade que demandam maior densidade tecnológica e tratamentos especializados, na área de abrangência do DRS – XIII. O referido hospital atualmente dispõe de 165 leitos de internação, 25 de terapia intensiva e 10 em unidade de cuidados semi-intensivos, distribuídos em quatro pavimentos.

O primeiro atendimento das urgências e emergências ocorre nos seguintes espaços: unidade para pacientes politraumatizados que dispõe de cinco leitos; unidade para estabilização clínica com cinco leitos monitorizados, destinados a pacientes com afecções clínicas, neurológicas e cirúrgicas com quadro clínico instável; consultórios (boxes) com 14 vagas destinadas a atendimentos clínicos; além de uma vaga de isolamento respiratório e duas vagas para atendimento ginecológico.

Considerando o contexto da Política Nacional de Atenção às Urgências e as diretrizes políticas vigentes, a missão da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP foi pactuada no âmbito da gestão estadual e municipal, sendo direcionada no sentido de garantir a atenção de alta complexidade para a população de abrangência do atual Departamento Regional de Saúde-XIII (DRS-XIII), composto por 26 municípios.

O cenário da sala de urgência, neste contexto de ordenamento do sistema, tem se beneficiado com as ações de regulação do acesso de pacientes, considerando a sua capacidade estrutural e organizacional, de modo a promover a qualificação do atendimento e da prática gerencial do enfermeiro.

4.3 Explorando o campo empírico

A sala de trauma foi a unidade selecionada para o estudo, cuja estrutura física recebeu investimentos necessários para readequação arquitetônica e tecnológica no período entre 1996 e 2002, a fim de atender às necessidades regionais de saúde, de acordo com o perfil de alta complexidade dos pacientes. Localiza-se em área próxima à entrada do Hospital, com acesso externo independente de outros setores, favorecendo o fluxo tanto para ambulâncias, quanto para pacientes e, também, tem acesso interno a outros serviços, tais como Centro de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Banco de Sangue, Laboratório e Serviço de Radiologia. Atualmente, encontra-se operando com cinco leitos monitorizados destinados a pacientes politraumatizados e um ambulatório de ortopedia anexo à sala com dois leitos de observação.

A demanda para o serviço, previamente regulada pela Central Única de Regulação Médica, contempla pacientes politraumatizados, de todas as faixas etárias.

O atendimento é desenvolvido por equipe multiprofissional, composta por médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, pessoal administrativo, técnicos de raios-X.

Atualmente, a equipe médica da sala de trauma é constituída por um médico plantonista, com formação no curso do ATLS, responsável pelo contato com a Central Única de Regulação Médica (CURM) para efeito de regulação da demanda e gestão interna dos atendimentos e internações e por médicos residentes de diferentes especialidades (cirurgia, neurologia clínica e cirúrgica, pediatria e ortopedia).

A equipe de enfermagem da sala de urgência é constituída por 21 enfermeiros, 45 auxiliares de enfermagem e dois escriturários, que conforme escala rotativa são alocados na sala de estabilização clínica, sala de urgência e sala de trauma.

Na sala de trauma trabalham um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem por turno. O enfermeiro é responsável por cinco leitos da unidade de trauma e pelos atendimentos no ambulatório de ortopedia, suas atividades consistem em orientar e supervisionar os auxiliares de enfermagem quanto aos cuidados de enfermagem,

verificar e testar o funcionamento de equipamentos, controlar e realizar previsão de materiais e o estoque de medicação, realizar a assistência de enfermagem e ministrar os cuidados de maior complexidade, principalmente aos pacientes politraumatizados e com instabilidade hemodinâmica. Ainda, solicita avaliação médica dos pacientes admitidos, requisita exames diagnósticos quando solicitados pelos médicos, admite e transfere os pacientes, auxilia em procedimentos médicos, além de gerenciar os conflitos que envolvem os pacientes, os familiares e os profissionais.

4.4 População e sujeitos da pesquisa

Para a primeira fase da pesquisa – caracterização dos agravos traumáticos foram utilizados dados secundários do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital em estudo, referentes a todos os atendimentos de urgências traumáticas realizados no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007. Para efeito deste estudo, um atendimento compreende o conjunto de ações desenvolvidas com o usuário durante a sua permanência na sala de trauma, incluindo avaliação médica e de enfermagem, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e assistenciais.

Foi possível estabelecer o perfil dos atendimentos/caracterização dos pacientes, indicando os casos a serem observados pela pesquisadora. Posteriormente os enfermeiros que atuaram nesses casos foram entrevistados.

Foram critérios de inclusão para observação dos casos: atendimentos realizados no período de 01 a 30 de junho de 2009, cujos pacientes/familiares e enfermeiros aquiesceram em participar do estudo e que foram casos identificados pela pesquisadora e/ou comunicados pelo enfermeiro do plantão.

Foram critérios de exclusão: atendimentos realizados fora do período de estudo; os casos não comunicados pelo enfermeiro do plantão e/ou identificados pela pesquisadora.

Cabe esclarecer que os casos correspondem a um paciente e o respectivo enfermeiro que o atendeu, a observação totalizou 19 casos e 11 enfermeiros, uma vez que alguns enfermeiros atenderam mais de um caso.

O grupo de sujeitos da pesquisa correspondeu aos enfermeiros que atuaram na gerência do cuidado dos casos selecionados e aquiesceram em participar da entrevista semiestruturada posterior ao atendimento ao paciente traumatizado que atendeu aos critérios de inclusão deste estudo.

Realizou-se a observação da atuação do enfermeiro nos atendimentos a pacientes politraumatizados, tanto na dimensão do cuidar como no gerenciar e a relação deste com o paciente e equipe.

4.5 Técnicas de coleta e análise dos dados

Para a primeira fase da pesquisa utilizou-se como técnica de coleta de dados a pesquisa documental no Banco de Dados do Núcleo Vigilância Epidemiológica do hospital de estudo, buscando dados que permitiram caracterizar os atendimentos da unidade de trauma.

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP realiza desde janeiro de 1996, as notificações dos casos de traumas atendidos na instituição. Para essa notificação foi desenvolvida uma ficha própria de vigilância epidemiológica dos traumas, contendo dados e informações sobre o paciente, o evento e a evolução clínica dos casos, tais como dias de internação e condições de alta. A notificação desses traumas prosseguiu dessa forma até o final de 2003. A partir de 2004, com participação conjunta da equipe de cirurgia do trauma do HCFMRP-USP, houve a expansão desse trabalho, incluindo a notificação sistemática de todos os atendimentos relativos a causas externas e dos índices de gravidade do trauma RTS, ISS e TRISS, além de outros parâmetros hospitalares, permitindo ampliar as informações sobre o evento traumático e dados clínicos. Independente do destino do paciente após o atendimento na sala de trauma, todos os prontuários médicos são revisados pela equipe do Núcleo Vigilância Epidemiológica do hospital de estudo, incluindo também os óbitos que ocorreram no momento da admissão, ou antes de 24 horas de internação, cujos dados foram complementados pelas autópsias realizadas no Instituto Médico Legal.

Para a coleta de dados, o procedimento adotado constou de consulta ao referido banco de dados buscando informações acerca das seguintes variáveis de

interesse: gênero, faixa etária, município de procedência, mecanismo de trauma, horário de admissão, dia da semana, tempo de permanência hospitalar, condição no momento da alta hospitalar, ISS e RTS. Entende-se que este conjunto de variáveis permite conhecer amplamente as características dos usuários atendidos no serviço e os aspectos organizacionais intra-hospitalares relativos ao atendimento às urgências traumáticas, permitindo estabelecer o perfil dos atendimentos/caracterização dos pacientes.

Para análise desses dados secundários foi utilizada a estatística descritiva, adotando-se a distribuição em frequências e percentuais.

Para desenvolver a segunda fase da pesquisa utilizou-se duas técnicas de coleta de dados: observação participante e entrevista semiestruturada. Essas técnicas, em conjunto, permitiram apreender a dinâmica do trabalho da enfermagem em uma unidade de trauma, enfocando sua dimensão assistencial e gerencial, bem como apreender os significados que esses profissionais atribuem a essa prática.

A observação como técnica de coleta de dados possibilita um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação, permitindo acompanhar as experiências diárias dos sujeitos e apreender o significado que atribuem à realidade e às suas ações (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A definição de observação participante tem algumas diferenças quanto às concepções. Após leitura compreensiva selecionamos e adotaremos a abordagem de Becker (1999) que nos ensina que o observador, ao vivenciar o cotidiano do grupo que estuda, observa as pessoas para ver as situações que enfrenta normalmente e como se comportam diante delas, conversa com as pessoas para descobrir como interpretam as situações observadas, verifica relatórios e documentos com cuidado, sempre atento para certificar-se sobre quem os criou e com que propósito. O observador faz o registro desse material tão completo quanto possível por meio de relatos detalhados e transcrição literal das conversações.

Esse autor alerta para a possibilidade de inconscientemente distorcer os fatos ao observar um fenômeno, o que acontece quando o observador evita visualizar alguns eventos por amizade ou se afasta de eventos desagradáveis. O autor aconselha que, para evitar esse problema, deve-se realizar um registro cuidadoso e completo de todos os acontecimentos, além de fazer observações em momentos e dias diferentes para cobrir variedades de eventos.

Optou-se por observar a gerência do cuidado à pacientes com agravos traumáticos, segundo os critérios de inclusão desde o momento da admissão na unidade acompanhando o atendimento nas primeiras quatro horas.

Utilizamos como critério de observação o tempo de quatro horas, pois segundo o CAC (2005), o prognóstico do paciente traumatizado está diretamente relacionado ao intervalo de tempo decorrido entre o trauma e o momento em que se inicia, de forma apropriada, o tratamento definitivo. A morte decorrente de trauma obedece a uma distribuição trimodal, a saber, o primeiro pico de mortes, cerca de 50% das mortes no trauma, ocorre em segundos até minutos após o trauma; o segundo pico de mortes, 30% das mortes no trauma, ocorre em minutos a algumas horas após o acidente e o protocolo do ATLS focaliza primeiramente este pico; e o terceiro pico, cerca de 20% das mortes por trauma, ocorre dias ou semanas após o trauma.

A observação aconteceu nos diversos turnos de trabalho dos profissionais enfermeiros nessa unidade, por um período de quatro semanas. Neste caso, as ações de gerenciamento em enfermagem estão articuladas ao cuidado, cabendo destacar que o enfermeiro é o responsável por priorizar, planejar e participar da execução do cuidado adotando as diretrizes do ATLS; mobilizar recursos materiais e tecnológicos qualificados que garantam uma boa assistência; prover ações de acolhimento e ocupar espaços de articulação e negociação para a manutenção da capacidade organizacional e de melhorias do atendimento.

Cabe destacar que a pesquisadora organizou um esquema de visitas em todos os plantões para identificar os possíveis casos. Além disso, contou com a colaboração dos enfermeiros do serviço que a comunicaram, por telefone, dos novos casos que atendiam aos critérios de inclusão e que foram informados ao hospital pela Central de Regulação. A colaboração ativa dos enfermeiros do serviço favoreceu a abordagem dos casos potenciais.

Para o registro das informações, optou-se por utilizar um roteiro-guia de observação (Apêndice A), tendo em vista os objetivos da pesquisa, sem deixar de registrar também as informações oriundas da observação mais livre, com enfoque na dinâmica geral das atividades assistenciais e gerenciais da enfermagem. Esse roteiro guia que orientou a coleta do material empírico, foi elaborado e testado previamente o que permitiu verificar na prática, a forma de utilização do roteiro, a possível adequação dos itens que o compõem, de modo a viabilizar um melhor

registro dos dados de interesse. Nos casos selecionados para a observação, o paciente/familiar que aquiesceu participar da investigação assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B/Apêndice C).

Vale ressaltar que a observação requer grande esforço do observador para executá-la, pois permite apreender muitas informações. Cabe aqui explicar que as observações foram registradas em um diário de campo.

A admissão e o atendimento ao paciente traumatizado ocorreram em situação decorrente de eventos ou lesões que podem ou não levar à morte, originados por violência ou acidentes, que requer um acesso rápido às lesões e a instituição de medidas terapêuticas imediatas de suporte à vida.

A alta dos pacientes da sala de trauma ocorreu por transferência para uma unidade cirúrgica ou unidade de terapia intensiva, quando é necessário um procedimento cirúrgico imediato, ou requer assistência permanente de alta complexidade tecnológica e apropriada, ou quando se configura a finitude da vida, apresentado por não ter sido possível controlar a instabilidade clínica do quadro.

Na segunda fase da coleta de dados qualitativos, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada com os enfermeiros que participaram dos casos observados, o que permitiu apreender o que está além das aparências e da superfície da comunicação, atingindo esferas mais profundas do significado do objeto de estudo definido para a pesquisa.

Quanto à entrevista semiestruturada segundo Haguette (1995), é um processo de interação social, no qual o pesquisador tem a finalidade de obter informações do entrevistado, por meio de um roteiro contendo tópicos em torno de uma problemática central. Utilizamos essa técnica para conhecer a perspectiva dos enfermeiros quanto à gerência do cuidado relativa aos casos observados.

O roteiro de entrevista (Apêndice D) foi submetido à validação aparente e de conteúdo. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), a validade da aparência ou de rosto verifica se o instrumento dá aparência de medir o conceito enquanto a validade de conteúdo se o universo do conteúdo tem condições de representar adequadamente o conceito. Os validadores foram três enfermeiros peritos na temática e, após suas análises, foram feitos os ajustes necessários ao instrumento de coleta de dados.

Após a validação, o instrumento foi submetido a um pré-teste, com enfermeiros que não foram sujeitos do estudo definitivo, que permitiu verificar na

prática, a forma de utilização do roteiro, a possível flexibilização de perguntas respondidas antecipadamente pelo entrevistado e/ou a necessidade de detalhar perguntas para facilitar o entendimento, de modo a facilitar uma melhor interação entre entrevistador e entrevistado.

Após esse processo, o conjunto de documentos utilizados para a entrevista ficou assim constituído: orientação ao entrevistado (Apêndice E), roteiro para entrevista (Apêndice D) e termo de consentimento livre e esclarecido do enfermeiro (Apêndice F).

O roteiro da entrevista era composto dos seguintes itens:

- Identificação do entrevistado quanto à experiência profissional no cenário de estudo, ano de conclusão da graduação, tempo de trabalho na área de urgência e emergência, possuir pós-graduação ou cursos na área de urgência e emergência;
- Questões que contemplam a caracterização do profissional no evento observado, que aspectos foram priorizados durante o atendimento, presença/ausência de dificuldades profissionais no atendimento.

No início de cada entrevista houve a apresentação pessoal da pesquisadora detalhando os objetivos da pesquisa, a dinâmica da entrevista, a possibilidade de interrupções e questionamentos, assim como o acesso aos resultados da pesquisa. A seguir, o entrevistado recebeu o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice F).

As entrevistas foram gravadas, realizadas individualmente pela própria pesquisadora, no local de trabalho, logo após o evento, ou com agendamento prévio quando não foi possível logo após o evento.

Os casos e os enfermeiros entrevistados receberam identificação alfanumérica, sendo que a letra C mais o número indicam o caso e a letra E mais o número indicam o enfermeiro entrevistado. Importante destacar que um mesmo enfermeiro foi entrevistado em mais de um caso.

Optamos pela análise qualitativa dos dados que, segundo Minayo (2007), “consiste na ordenação, classificação dos dados e análise final”. Na fase da ordenação, o pesquisador tem um panorama de suas descobertas no campo. Foi realizada a digitação dos dados coletados nas observações e entrevistas, releitura do material e ordenação dos relatos.

A análise dos dados iniciou-se com o processo de impregnação, leitura exploratória, vertical e exaustiva do material até haver domínio de todo o conteúdo de uma mesma entrevista, permitindo elencar as percepções do sujeito. Após a leitura vertical, centrada nas particularidades de cada entrevista, procedi à leitura horizontal do conjunto de relatos, no qual se configurou a visão de cada sujeito de pesquisa sobre a prática do enfermeiro na sala de trauma, buscando identificar aspectos recorrentes, contraditórios, antagônicos e o significado que irão adquirir neste contexto.

Na etapa seguinte, foi elaborada uma síntese da análise de cada relato, para identificar aspectos pertinentes ao núcleo temático e, a seguir, foi realizada a síntese da análise conjunta.

A discussão dos dados foi desenvolvida a partir do quadro de referencial adotado.

4.6 Procedimentos éticos

Considerando que a coleta de dados refere-se ao trabalho do profissional enfermeiro na dimensão da relação existente com o paciente no decorrer das práticas e ações cuidativas entendemos que se fazia necessário a assinatura do consentimento livre e esclarecido do paciente e do enfermeiro para participação na pesquisa.

Considerando a hipótese de haver paciente capaz de aquiescer em participar da pesquisa apresenta-se um termo de consentimento livre e esclarecido ao paciente (Apêndice B), no entanto, houve situações em que os pacientes estavam com a capacidade de aquiescer em participar da pesquisa prejudicada, sendo assim apresentou-se um termo de consentimento livre e esclarecido destinado ao familiar (Apêndice C) e outro destinado ao enfermeiro (Apêndice F), explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa.

A abordagem ao paciente foi realizada após a estabilização das condições clínicas do mesmo, e a abordagem ao familiar do paciente sem condições de

aquiescer com o estudo foi feita no momento em que o familiar chegou à Unidade de Emergência do HCFMRP-USP.

A pesquisa teve sua realização autorizada pela instituição estudada; o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa que Envolve Seres Humanos do HCFMRP-USP, sob o ofício nº 2676/2008 (Anexo A), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os objetivos desta pesquisa, os resultados e discussão são apresentados em duas seções. Inicia-se pelo perfil demográfico, epidemiológico e organizacional dos atendimentos na unidade de urgências traumáticas, segue-se com a caracterização da observação participante em campo articulada com percepção dos enfermeiros sobre as ações relativas ao gerenciamento do cuidado no cenário do estudo, articulado ao referencial teórico adotado.

5.1 Caracterização do perfil demográfico, epidemiológico e organizacional dos atendimentos da unidade de urgências traumáticas

A população de estudo constituiu-se de 1931 atendimentos decorrentes de causas externas, ocorridos na sala de trauma da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007. Nesse serviço, os pacientes traumatizados recebem o atendimento inicial com vistas à estabilização de seus quadros clínicos e em seguida são internados, com ou sem necessidade de cirurgia, recebem alta hospitalar ou evoluem para o óbito, todos os dados são registrados no prontuário médico. Os registros que constam dos prontuários alimentam o Banco de Dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital de estudo.

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos atendimentos a urgências traumáticas, do hospital de estudo, segundo gênero, faixa etária, procedência e mecanismo de trauma.

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo faixa etária, gênero, procedência e mecanismo de trauma, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP

Variáveis		N	%
Gênero	Masculino	1365	70,7
	Feminino	566	29,3
Total		1931	100
Faixa Etária (anos)	00 — 10	381	19,7
	10 — 20	306	15,8
	20 — 30	438	22,7
	30 — 40	271	14,0
	40 — 50	225	11,7
	50 — 60	141	7,3
	≥60	165	8,5
	Ignorada	4	0,2
Total		1931	100
Procedência	Ribeirão Preto	1157	59,9
	Outras Cidades	774	40,1
Total		1931	100
Mecanismo de Trauma	Acidentes de Transporte	839	43,4
	Queda	507	26,3
	Agressão	186	9,6
	Queimadura	118	6,1
	Arma Branca	57	3,0
	Arma de Fogo	52	2,7
	Acidente com máquina	37	1,9
	Outro	134	6,9
Total		1931	100%

Fonte: Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica, UEHCFMRP-USP, 2007

A população de adultos jovens, na faixa etária de 20 a 30 anos, concentrou a maior frequência de casos, seguindo-se as faixas de 0 a 10 anos e 10 a 20 anos, respondendo por 22,7%, 19,7% e 15,8% respectivamente. O número de atendimentos segundo a faixa etária indicou a importância dessas lesões entre os grupos de jovens e crianças. Quanto ao gênero, os homens concentram 70,7% do total de atendimentos, enquanto as mulheres, 29,3%. Observou-se que 59,9% dos casos eram procedentes de Ribeirão Preto e 40,1% de outras cidades da região, situação esta que parece ser compatível, uma vez que Ribeirão Preto é o município mais populoso da região.

O predomínio de adultos jovens, do sexo masculino tem sido registrado em vários estudos que envolvem acidentes e violência de natureza traumática, fato que se confirmou verdadeiro também na presente investigação, reafirmando o trauma como uma doença predominantemente masculina (GAWRYSZEWSKI; KOIZUME; MELLO JORGE, 2004; CHAVAGLIA et al., 2008; DOMINGUES, 2008).

Neste estudo, os acidentes de transporte foram os responsáveis por 43,4% dos eventos traumáticos, as quedas foram a segunda causa externa mais frequente 26,3%, seguido das agressões 9,6%.

No estudo desenvolvido pelo Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões para avaliar os resultados da assistência prestada aos pacientes traumatizados, denominado “Major Trauma Outcome Study” (MTOS), com registros locais na Holanda, os acidentes de transporte, também, prevaleceram sobre as quedas (FRANKEMA et al., 2005).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um relatório apresentando as taxas de mortalidade de vários países, decorrentes de acidentes de trânsito, no qual o Brasil ocupou o quinto lugar no ranking mundial. A maior parte dessas mortes ocorreu em países de baixa e média renda, menos de 10% de todas as mortes relacionadas à violência ocorreram em países de alta renda. Em todo mundo, mais de 1,2 milhão de pessoas morreram em consequência de acidentes de trânsito, a maioria adultos jovens, cerca de 90% dessas mortes ocorreram em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O perfil das vítimas nesses países indica uma alta proporção de mortes entre pessoas mais vulneráveis, como pedestres, ciclistas, motociclistas, passageiros de ônibus e caminhões (PEDEN et al., 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2009), 88% dos óbitos decorrentes de acidentes de transporte ocorrem nos países com baixa e média renda, chamando o fato de que a atenção que não somente os fatores de risco são maiores, mas as dificuldades em se obter recursos e acesso à assistência à saúde podem contribuir para a elevada taxa de mortalidade.

Segundo Gomes e Neira (1992), nos países desenvolvidos, 20% das mortes por traumatismos são devidas aos traumas ocorridos em ambiente domiciliar, os quais incluem quedas. Em um estudo realizado na cidade de Uberaba (MG), observou-se que nos mecanismos prevalentes dos traumas 27% correspondiam a acidentes motociclísticos, 19% a quedas, 15% a acidentes ciclísticos, 8% a atropelamentos e 6% a acidentes automobilísticos e agressão física (CHAVAGLIA et al., 2008).

Os resultados deste estudo com a predominância do gênero masculino, adultos jovens e acidentes de transporte é coincidente com os dados encontrados na literatura.

Na Tabela 2, observa-se a distribuição do fluxo de entrada dos pacientes na sala trauma, quanto ao dia da semana, horário de admissão, tempo de permanência e as condições de alta hospitalar.

Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo fluxo de entrada (dia da semana e horário de admissão), tempo de permanência e condições de alta hospitalar, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP

Variáveis		N	%
Horário de Admissão	07:00 – 12:59	401	20,8
	13:00 – 18:59	662	34,3
	19:00 – 23:59	555	28,7
	00:00 – 06:59	313	16,2
Total		1931	100
Dia da Semana	Domingo	315	16,3
	Segunda	235	12,2
	Terça	222	11,5
	Quarta	252	13,1
	Quinta	258	13,4
	Sexta	292	15,1
	Sábado	357	18,5
Total		1931	100
Tempo de Internação	< 1 dia	760	39,4
	1 a 7 dias	753	39,1
	8 a 14 dias	207	10,6
	> 14 dias	209	10,8
	Ignorado	2	0,1
Total		1931	100
Condições de Alta	Óbitos	85	4,4
	Estado vegetativo persistente	2	0,1
	Limitações graves	26	1,3
	Limitações moderadas	965	50,0
	Boa recuperação	743	38,5
	Transferidos	95	4,9
	Evasão	9	0,5
	Ignorado	6	0,3
Total		1931	100

Fonte: Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica, UEHCFMRP-USP, 2007

Quanto ao dia da semana verificou-se a maior frequência de traumas nos finais de semana, sendo que 18,5% dos casos ocorreram aos sábados, 16,3% aos domingos e 15,1% às sexta-feiras. Entende-se que esse dado norteia ações gerenciais no micro-espço da unidade, como, por exemplo, a elaboração de escala de recursos humanos e provisão de materiais adequados ao atendimento da demanda.

O maior percentual, 34,3% dos atendimentos aconteceu entre 13h00min e 18h59min, seguidos de 28,7% dos atendimentos entre 19h00min e 23h59min, ou seja, 63,1% dos atendimentos ocorreram entre 13:00 e 23:59 horas. Esse é um dado

importante para a organização da escala diária de trabalho da unidade que deve direcionar número maior de funcionários para esses horários, nos quais a demanda se apresenta mais elevada.

Diante deste contexto, no ambiente dos serviços de urgência/emergência, o conhecimento de alguns aspectos organizacionais relativos ao fluxo de pacientes no serviço, pode subsidiar ações gerenciais do enfermeiro que se referem a distribuição de pessoal, escala diária, mensal e de férias, previsão e provisão de recursos materiais conforme a variação do número de atendimentos. Isso favorece uma melhora na qualidade da assistência prestada, uma vez que a disponibilidade de recursos humanos e materiais pode se tornar mais adequada (COELHO, 2009).

Em relação ao tempo de permanência hospitalar 39,4% dos pacientes ficaram internados por 24 horas ou menos e 39,1% ficaram internados de um a sete dias. Quanto às condições de alta hospitalar houve predomínio das limitações moderadas 50%, seguindo-se de boa recuperação 38,5%.

Em estudo realizado com 533 pacientes atendidos e internados em decorrência de eventos traumáticos, com idade igual ou superior a dezoito anos, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o tempo de internação variou de menos de 24 horas a 225 dias, sendo que 32,4% dos pacientes ficaram internados por 24 horas ou menos; 23,3% ficaram internados de três até sete dias e 8,8% permaneceram internados por mais de trinta dias (DOMINGUES, 2008).

Segundo o mesmo autor, o tempo de permanência hospitalar está associado à distribuição trimodal das mortes no trauma. O primeiro pico de morte ocorre nos primeiros segundos a minutos do trauma da ocorrência do trauma; o segundo pico, de minutos até várias horas depois do trauma e o terceiro pico de morte, em que se enquadram os óbitos tardios, ocorrem de vários dias até semanas após o trauma inicial. Para este autor, 65,8% dos óbitos ocorreram nas primeiras 24 horas após o trauma, de 24 a 48 horas após o trauma, a frequência de óbitos foi de 4,9% aumentando no período de três a 15 dias, após o evento traumático (22,8%), depois de 30 dias de internação por trauma, os óbitos aconteceram para 4,1% dos pacientes.

No estudo de Gawryszewski, Koizume e Mello-Jorge (2004), o coeficiente de mortalidade hospitalar encontrado foi de 69,7/100mil, sendo 38,3% decorrentes das agressões, 25% dos acidentes de transporte e o valor mais baixo encontrado foi

para as quedas (1,6%). O cálculo do tempo de internação desses pacientes mostrou que 3% deles permaneceram hospitalizados em tempo menor que um dia, a maior parte das internações foi de um a três dias (55,4%), seguindo-se o período de quatro a sete dias (25,2%) e oito a 24 dias (14,2%).

A representatividade das causas externas difere quando visto das óticas da mortalidade e da morbidade. Nos casos de óbitos, os homicídios preponderam enquanto que, nas internações hospitalares, o predomínio ocorre em relação às quedas, responsáveis por mais da metade das internações. Os traumas e lesões relacionados ao transporte terrestre são importantes tanto na mortalidade quanto na morbidade. Essas três causas devem ser objeto de políticas públicas visando a prevenção e controle (GAWRYSZEWSKI; KOIZUME; MELLO-JORGE, 2004).

A distribuição dos atendimentos na sala de trauma, segundo o índice de gravidade anatômico (ISS), pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade anatômico (ISS), no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP

ISS	N	%
1-15	1638	84,9
16-24	138	7,1
>24	91	4,7
Desconhecido	64	3,3
Total	1931	100

Fonte: Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica, UEHCFMRP-USP, 2007

Verifica-se que 84,9% dos agravos atendidos obtiveram um ISS com escore de 1-15, indicando a predominância de traumas leves. A classificação dos pacientes segundo o índice de gravidade anatômico (ISS), não é feita no ato da admissão, já que a gravidade das lesões anatômicas é determinada através de exames físicos, radiológicos, cirurgias e mesmo autópsias, para uma adequada caracterização e estadiamento das lesões. Como mostra a Tabela 3, 84,9% dos pacientes sofreram trauma leve (ISS de 1 a 15), 7,1% trauma moderado (ISS de 16 a 24) e 4,7% trauma grave (ISS >24), 11,8% dos pacientes sofreram traumas que representam risco de vida, definido por ISS igual ou maior que 16.

Há evidências científicas que o percentual de óbitos é baixo em grupos de pacientes de ISS de 1 a 15, com tendência a aumentar a partir do escore 16, além disso, os estudos mostram que os traumas de gravidade similar em pessoas mais

jovens e mais velhas geram prognóstico pior nestes últimos pacientes (GENNARI; KOIZUME, 1995; CHAMPION et al., 1990; SMITH et al., 1990).

Long et al. (1986), concluíram em seu estudo que pacientes de ISS menor ou igual a 15 devem ser considerados como traumas leves e aqueles de ISS maior ou igual a 16 como de trauma importante. Para Gennari e Koizume (1995), o prognóstico de pacientes de trauma é influenciado por vários fatores, tais como idade, condição pré-injúria, tempo decorrido entre o trauma e a assistência definitiva, qualidade da assistência e complicações, entretanto, o tipo e a gravidade das lesões refletidos no ISS, têm sido reconhecidos como os fatores mais importantes na determinação prognóstica.

Enquanto o tipo de lesão pode ser definido através de diagnósticos médicos, a avaliação da gravidade não tem formulação concordante uma vez que pode ter significados distintos para diferentes pessoas. Pode-se inferir por gravidade a extensão das injúrias, o risco que elas causam à vida, o período e o grau de incapacitação, bem como, a proporção de incapacidades permanentes, entretanto, quando se tratam de lesões graves, há pouca discordância de que o critério principal de julgamento da gravidade é o risco de morte (GENNARI; KOIZUME, 1995).

Na Tabela 4 é apresentada a distribuição das vítimas de trauma, segundo o índice de gravidade anatômico (ISS) e o mecanismo de trauma.

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade anatômico (ISS) e mecanismo de trauma, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP

Mecanismo de Trauma	ISS									
	1 a 15	%	16 a 24	%	> 24	%	Ignorado	%	Total	%
Acidente de Transporte	675	41,2	73	52,9	67	73,6	24	37,5	839	43,4
Queda	454	27,7	27	19,6	13	14,3	13	20,3	507	26,3
Arma Branca	48	2,9	8	5,8	0	0,0	1	1,6	57	3,0
Arma de fogo	34	0,2	5	3,6	8	8,8	5	7,8	52	2,7
Queimadura	100	6,1	13	9,4	1	1,1	4	6,2	118	6,1
Acidente com máquina	37	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	1,9
Agressão	167	10,2	5	3,6	2	2,2	12	18,7	186	9,6
Outro	122	7,4	7	5,1	0	0,0	5	7,8	134	6,9
Desconhecido	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	1638	100,0	138	100,0	91	100,0	64	100,0	1931	100,0

Fonte: Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica, UEHCFMRP-USP, 2007

Com relação ao mecanismo de trauma, nos pacientes que sofreram trauma leve (ISS 1-15) houve predomínio dos acidentes de transporte (43,4%), das quedas (26,3%) e agressão (9,6%). No trauma moderado (ISS 16-24), os maiores percentuais de causas foram os acidentes de transporte (52,9%), quedas (19,6%) e queimaduras (9,4%). Nos traumas graves (ISS>24), os acidentes de transporte (73,6%) mantiveram-se como mecanismo predominante, seguindo-se de quedas (14,3%) e ferimentos por arma de fogo (8,8%).

O ISS, por meio de uma linguagem uniforme, permite a avaliação da gravidade das lesões anatômicas e a probabilidade de sobrevida, no entanto, uma das limitações deste índice é o fato que analisa apenas lesões anatômicas e não considera a sintomatologia das vítimas ou alteração em seus parâmetros fisiológicos. Sendo assim, neste estudo, além do ISS, consideramos, também, o RTS, que analisa os parâmetros fisiológicos (RTS) para determinar as probabilidades de sobrevida. Entendemos que estabelecer os índices anatômicos e fisiológicos permite uma melhor caracterização da gravidade dos traumas e possibilita avaliar a assistência prestada, planejar cuidados emergenciais e documentar as características epidemiológicas.

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição das vítimas de urgências traumáticas, do hospital de estudo, segundo o índice de gravidade fisiológico (RTS).

Tabela 5 – Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade fisiológico (RTS), no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP

RTS	N	%
0 — 2.1	9	0,5
2.1 — 4.1	41	2,1
4.1 — 6.0	65	3,4
>6	1759	91,1
Desconhecido	57	2,9
Total	1931	100

Fonte: Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica, UEHCFMRP-USP, 2007

Os escores do índice de gravidade fisiológico (RTS) foram divididos em intervalos para melhor exemplificar os casos de maior gravidade. A maioria dos indivíduos (91,1%) apresentou RTS superior a seis, relacionado à maior probabilidade de sobrevivência. Do total de atendimentos 7% apresentaram um RTS < 4.1, estes escores representam casos de alta gravidade.

Em relação aos parâmetros do RTS, vale lembrar que, atualmente, há um aumento substancial da administração de bloqueadores neuromusculares, de soluções eletrolíticas isotônicas e das intubações durante o atendimento pré-hospitalar ou em unidades básicas de saúde, intervenções positivas para a terapêutica do paciente, que repercutem na avaliação durante a admissão hospitalar e influenciam nos resultados dos modelos de probabilidade de sobrevivência. As variáveis Escala de Coma de Glasgow, frequência respiratória espontânea (inassistida) e a pressão arterial sistólica necessárias para o cálculo do RTS têm sua avaliação alterada nesses pacientes, uma vez que já houve uma intervenção prévia à assistência intra-hospitalar quando é estabelecido o RTS.

Domingues (2008), em seu estudo verificou que a maioria dos pacientes obtiveram valor de RTS de 7 a 7,84 (54,5%) e escores menores que um foram apresentados por 7,3% dos pacientes. Lembrando que os escores mais elevados do RTS estão relacionados à maior probabilidade de sobrevivência.

A Tabela 6 apresenta a distribuição das vítimas de urgências traumáticas, do hospital de estudo, segundo o índice de gravidade fisiológico (RTS) e o mecanismo de trauma.

Tabela 6 – Distribuição dos atendimentos de urgências traumáticas, do hospital de ensino, segundo o índice de gravidade fisiológico (RTS) e mecanismo de trauma, no ano de 2007, Ribeirão Preto, SP

Mecanismo de Trauma	RTS											
	0 a 2	%	2.1 a 4	%	4.1 a 6	%	>6	%	Ignorado	%	Total	%
Acidente de Transporte	7	77,8	30	73,2	43	66,1	741	42,1	18	31,6	839	43,4
Queda	0	0,0	6	14,6	13	20,0	476	27,1	12	21,0	507	26,3
Agressão	0	0,0	2	4,9	5	7,7	166	9,4	13	22,8	186	9,6
Queimadura	0	0,0	1	2,4	1	1,6	112	6,4	4	7,0	118	6,1
Arma Branca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	56	3,2	1	1,8	57	3,0
Arma de fogo	2	22,3	2	4,9	0	0,0	44	2,5	4	7,0	52	2,7
Acidente com máquina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	2,1	0	0,0	37	1,9
Outro	0	0,0	0	0,0	3	4,6	126	7,1	5	8,8	134	6,9
Desconhecido	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Total	9	100,0	41	100,0	65	100,0	1759	100,0	57	100,0	1931	100,0

Fonte: Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica, UEHCFMRP-USP, 2007

Com relação ao mecanismo de trauma, nos pacientes que sofreram trauma leve ($RTS > 6$) houve predomínio dos acidentes de transporte (42,1%), das quedas (27,1%) e agressão (9,4%). No trauma moderado (RTS 4.1 a 6), os maiores percentuais de causas foram os acidentes de transporte (66,1%), quedas (20%) e agressão (7,7%). Nos traumas graves ($RTS \leq 4,0$), os acidentes de transporte (74%) mantiveram-se como mecanismo predominante, seguindo-se de quedas (12%) e ferimentos por arma de fogo (8%).

Cabe destacar dentre as tabelas já apresentadas, a existência de informações desconhecidas/ignoradas/não classificadas que embora ocorram em pequeno percentual de atendimentos reflete problemas no registro de alguns dados que são disponibilizados pelo Banco de Dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da UE HCFMRP-USP. Consideramos que a coleta de dados sobre o paciente, no momento da entrada e da saída da sala de trauma pode ser dificultado pelas próprias condições em que se encontra o paciente e falta de registros adequados.

Segundo Lovalho (2004), a inadequação no registro de dados, retrata a realidade existente em vários serviços de urgência nos quais a qualidade dos registros é péssima, o preenchimento da ficha de atendimento é incompleto e as letras ilegíveis, resultando em prejuízo para a organização da unidade e perda de informações para consulta e avaliação da qualidade no atendimento prestado.

Diante dos resultados apresentados até o momento, pode-se afirmar que o perfil dos atendimentos de urgências traumáticas neste estudo foi de adultos jovens,

na faixa etária de 20 a 30 anos, do sexo masculino e procedentes do município de Ribeirão Preto. As causas mais frequentes foram os acidentes de transporte, quanto ao dia da semana verificou-se o maior número de casos nos finais de semana, entre 13h00min e 18h59min, com tempo de permanência hospitalar de 24 horas ou menos, quanto às condições de alta houve predomínio das limitações moderadas. Em relação aos índices de gravidade de trauma foram mais frequentes os casos de ISS com escore de 1-15 (trauma leve), decorrentes de acidentes de transporte, e o RTS superior a seis relacionados à maior probabilidade de sobrevida.

Embora os casos de traumas leves sejam os mais frequentes, entendemos que para caracterizar a abordagem dispensada pela equipe de enfermagem, os traumas moderados e graves possibilitam apreender com maior pertinência a complexidade das ações de enfermagem requeridas em unidades de urgência traumática.

5.2 Gerenciamento do cuidado

Entendendo que o gerenciamento do cuidado articula a dimensão gerencial e assistencial, realizou-se a observação dos casos atendidos na sala de trauma a fim de identificar as ações dos enfermeiros, em seguida, realizou-se entrevistas com esses enfermeiros acerca de suas percepções sobre o atendimento.

Cabe destacar que optou-se por apresentar as observações sobre os atendimentos articulando-os aos depoimentos dos enfermeiros acerca de suas ações, identificando aspectos relacionados às condições de acesso do paciente à sala de trauma, aspectos organizacionais da unidade, bem como, atividades assistenciais e gerenciais desenvolvidas.

No mês de junho de 2009, foram observados os casos que atendiam aos critérios de inclusão. A própria pesquisadora realizou a observação nos diversos turnos de trabalho dos profissionais enfermeiros nessa unidade, por um período de quatro semanas. Foi organizado um esquema de visitas em todos os plantões para identificar os possíveis casos, além disso, contou-se com a colaboração dos enfermeiros do serviço que a comunicaram, por telefone, os novos casos que atendiam aos critérios de inclusão.

Para discutir o gerenciamento do cuidado entende-se que faz-se necessário caracterizar os 19 atendimentos observados. Quanto à idade variou de 10 anos a mais de 60 anos, predominantemente pacientes do sexo masculino (84,2%), vítimas de acidentes de transporte (68,4%), procedentes de Ribeirão Preto (78,9%), atendidos entre 13:00 e 23:59 hs (73,6%), aos sábados e domingos (42,2%).

Foram realizadas entrevistas com 11 enfermeiros, que participaram do atendimento dos 19 casos observados, ou seja, alguns enfermeiros estiveram presentes em mais de um caso.

A Tabela 7 apresenta a caracterização dos enfermeiros da sala de trauma quanto ao ano em que concluiu a graduação, tempo de atuação profissional na área de urgência, pós-graduação e cursos de capacitação na área de urgência.

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, segundo ano em que concluiu a graduação, tempo de atuação profissional na área de urgência, pós-graduação e cursos na área de urgência - Ribeirão Preto, 2009 (N=11)

Variáveis	N	%
Ano de conclusão da graduação		
1994 - 1999	5	45,4
1999 - 2003	4	36,4
2003 - 2007	2	18,2
Total	11	100,0
Tempo de atuação profissional na área de urgência		
Menos de 1 ano	1	9,1
De 1 a 10 anos	8	72,7
Mais de 10 anos	2	18,2
Total	11	100,0
Pós-Graduação		
Sim	1	9,1
Não	10	90,9
Total	11	100,0
Cursos na área de urgência		
ATLS		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Total	11	100,0
ACLS		
Sim	11	100,0
Não	-	-
Total	11	100,0
BLS		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Total	11	100,0
PALS		
Sim	2	18,2
Não	9	81,8
Total	11	100,0
PHTLS		
Sim	2	18,2
Não	9	81,8
Total	11	100,0

Em relação aos dados de identificação profissional destes enfermeiros, o tempo de formação variou entre dois e quinze anos e o tempo de atuação profissional em unidade de emergência variou de 11 meses a 15 anos.

A maioria dos profissionais (90,9%) não possui pós-graduação na área, mas referiu já ter participado de cursos de capacitação profissional em urgência e emergência oferecidos pela instituição, (81,8 %) participaram do ATLS e BLS, (100%) do ACLS, (18,2%) do PALS e do PHTLS. Somente dois enfermeiros não

participaram do ATLS. Observou-se que os enfermeiros que não participaram do ATLS eram enfermeiros com menos tempo de trabalho na instituição.

Para Silva (2009), a educação continuada é um elemento essencial nos programas de formação e desenvolvimento dos profissionais. Ela faz parte de uma política de qualificação dos trabalhadores focalizada nas necessidades de transformação da prática.

Com o crescimento dos hospitais, a incorporação de novas tecnologias e os novos paradigmas de educação de profissionais de saúde torna-se inquestionável para a maioria das instituições, a necessidade de capacitar seus trabalhadores por meio de educação reflexiva e participativa a fim de desenvolver novas habilidades e o potencial dos trabalhadores para a participação ativa no processo de trabalho (CHAVES; AZEVEDO, 2009).

A atenção às urgências e emergências passou a contar, recentemente, com frentes assistenciais de grande relevância, como, por exemplo, o ATLS que prevê a adoção de protocolos para a orientação uniforme da atenção hospitalar articulada ao atendimento pré-hospitalar. O estabelecimento desses protocolos, que ordena prioridades e dimensiona os riscos, firmou-se como linguagem própria e adequada para os diferentes níveis e unidades do sistema de saúde, na perspectiva da atenção integral ao trauma, modificando favoravelmente o panorama assistencial, confirmando a importância do atendimento sistematizado à atenção básica (ROMANI et al., 2009).

Entretanto, as ações de educação em serviço com vistas a capacitação de recursos humanos não são suficientes, por si só, para melhorar positivamente o cenário dos serviços de urgência. São necessárias ações articuladas em diferentes esferas do sistema de saúde.

Para Mendes (2009), em todos os países, o aumento constante na demanda por serviços de urgência gera pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde, tornando as urgências em uma área de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias. Os sistemas de acesso regulado à atenção a saúde constituem-se em estruturas operacionais que mediam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais.

Os sistemas de regulação têm como objetivos: organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (MENDES, 2009).

Destaca-se que o acesso regulado à sala de trauma estudada favorece a organização do cenário intra-hospitalar para recepcionar o paciente segundo suas necessidades. No próximo tópico apresentamos a síntese das condições de acesso dos pacientes nos casos observados.

5.2.1 Acesso do paciente à sala de trauma

A existência de um serviço de atendimento pré-hospitalar e de uma central de regulação médica integrados ao nível hospitalar influencia positivamente na qualidade do atendimento às vítimas de trauma no ambiente hospitalar. Os dados informados pela equipe que realizou o atendimento pré-hospitalar e pela central de regulação médica à equipe hospitalar, antes mesmo da chegada do paciente no hospital, possibilitam a continuidade do tratamento e garantem uma assistência de qualidade, pois permitem que o enfermeiro prepare a unidade do paciente e a equipe de saúde para o atendimento da vítima.

O atendimento pré-hospitalar caracteriza-se por todas as ações realizadas com o usuário antes que este seja admitido no serviço hospitalar. A qualidade do atendimento prestado influencia a sobrevivência da vítima e tem como objetivo garantir que a mesma chegue ao local de atendimento com vida. Isso pode ser realizado de duas maneiras, quais sejam, o suporte básico à vida, caracterizado pela realização de manobras não invasivas e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (PEREIRA; LIMA, 2009).

Cabe ressaltar que as abordagens realizadas no atendimento pré-hospitalar seguem os princípios da assistência ao paciente traumatizado, sistematizado pelo ATLS e BLS como ABCDE, o que permite o direcionamento e fundamenta a assistência, estas ações são desenvolvidas por vários profissionais, respeitando suas especificidades, competências e responsabilidades.

As abordagens baseiam-se na avaliação do paciente e nas orientações estabelecidas nas diretrizes e protocolos de atendimento, que devem ser de domínio dos socorristas e/ou da equipe de saúde envolvida na assistência às vítimas de trauma, entre elas estão os procedimentos necessários, como: desobstrução de vias aéreas, imobilização da coluna cervical, colocação de colar cervical, imobilização de membros no caso de fraturas, imobilização em maca rígida, administração de oxigênio e punção venosa periférica para reposição volêmica. Após atender a vítima de trauma, a equipe se dirige a um dos hospitais de referência, onde encaminha o paciente aos cuidados da equipe hospitalar indicada pela central de regulação, ao mesmo tempo em que passa todas as informações referentes à cena do acidente e os procedimentos realizados no atendimento prévio.

Dentre os 19 casos estudados, 18 (95%) tiveram o acesso regulado, 15 (79%) foram originados da Central de Regulação do Município (SMS-RP) e quatro (21%) da Central de Regulação Estadual (DRS XIII), em 10 casos (52,6%) os pacientes eram procedentes do próprio local do trauma, quatro casos (21%) de prontos atendimentos de municípios da DRS XIII, quatro casos (21%) de Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e um caso (5,2%) de Unidade Básica de Saúde (UBS).

Ao analisar as informações fornecidas à equipe de enfermagem, antes da chegada do paciente, verificou-se que 18 casos (95%) foram informados pelo médico contratado da sala de trauma. Os dados informados para a equipe de enfermagem pelo médico contratado foram o mecanismo de trauma em 17 casos (89%), a gravidade dos pacientes em 17 casos (89%), a origem do paciente em 18 (95%) e o horário do trauma em 10 casos (52,6%).

A maioria dos pacientes traumatizados deste estudo teve atendimento pré-hospitalar 10 (52,6%), com predomínio do atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Ribeirão Preto (SAMU-RP), seguidos de nove casos (47,4%) que obtiveram atendimento prévio em unidades de saúde.

Verifica-se que 10 casos (52,6%) foram removidos para o serviço estudado por uma equipe composta por médico, enfermeiro e motorista, quatro casos (21%)

chegaram com uma equipe composta por um médico, um auxiliar/técnico de enfermagem e o motorista da ambulância, três (15,8%) com equipe composta somente por um auxiliar/técnico de enfermagem e o motorista da ambulância e dois casos (10,5%) com o corpo de bombeiros. Ainda com referência ao transporte destes pacientes até a sala de trauma, oito casos (42,1%) foram transportados pelas ambulâncias de suporte avançado de vida do SAMU-RP, quatro (21%) pelas ambulâncias dos municípios onde ocorreram os eventos traumáticos, três (15,8%) pelas ambulâncias de suporte básico de vida do SAMU-RP, dois (10,5%) pelas ambulâncias de suporte avançado de vida dos serviços de atendimento móvel de urgências privado e dois casos (10,5%) pela viatura do corpo de bombeiros de Ribeirão Preto.

Em relação às abordagens realizadas no atendimento prévio dos pacientes, em 13 casos (68%) os pacientes chegaram à sala de trauma com colar cervical, em 16 (84,2%) chegaram em prancha rígida, cinco pacientes (26,3%) chegaram com via aérea definitiva (Intubação Orotraqueal), três (15,8%) com catéter de oxigênio, dois (10,5%) com máscara de oxigênio, oito pacientes (42,1%) foram admitidos com dois acessos venosos periféricos infundindo solução de ringer com lactato, sete (36,9%) com um acesso venoso infundindo solução de ringer com lactato e quatro pacientes (21%) sem acesso venoso, três pacientes (15,8%) chegaram com sonda vesical de demora, seis (31,6%) com talas de imobilização de membros e dois pacientes (10,5%) receberam medidas de Ressuscitação Cardiopulmonar prévia.

Observa-se que a equipe que removeu o paciente até a sala de trauma realizava a passagem de plantão para a equipe que atenderia o paciente no âmbito hospitalar, em 12 casos (63,1%) os dados foram informados pelos médicos responsáveis pelo transporte, em três (15,8%) os dados foram informados por auxiliares/técnicos de enfermagem, em um caso (5%) o enfermeiro informou os dados e em dois casos (10,5%) os bombeiros informaram. Verificamos que juntamente com os dados informados pelo médico, em alguns casos os enfermeiros que participaram da remoção também passavam o plantão para os enfermeiros que admitiam o paciente. Dentre os 19 casos, em oito casos (42,1%) a equipe que recebeu o plantão era composta pelo médico e enfermeiro, em três (15,8%) somente o médico recebeu o plantão, em dois (10,5%) somente o enfermeiro recebeu o plantão, em dois casos (10,5%) o médico e o auxiliar de enfermagem receberam as informações, em dois casos (10,5%) o médico, o auxiliar de enfermagem e o

enfermeiro, em um caso (5%) o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, somente em um caso (5%) a equipe responsável pela remoção/transporte não realizou a passagem de plantão para a equipe hospitalar.

Cabe ressaltar que os dados informados pela equipe de remoção à equipe hospitalar são imprescindíveis para a continuidade do tratamento e assistência de qualidade aos pacientes politraumatizados, dentre os dados informados destaca-se o horário do trauma, o mecanismo de trauma e as condições clínicas destes pacientes durante o atendimento prévio e condições de transporte.

Para os enfermeiros são fatores relevantes no tocante ao acesso do paciente à sala de trauma, a informação prévia dada à equipe de enfermagem sobre o caso, mecanismo de trauma e gravidade do caso, pois essas informações favorecem a organização do serviço e possibilita criar condições adequadas para que a assistência seja realizada com qualidade.

Os dados apresentados evidenciam que, de modo geral, os pacientes que chegam para o atendimento na sala de trauma têm o acesso regulado, receberam assistência prévia à chegada ao hospital e diferentes profissionais da saúde participam desse processo. Tal situação favorece a organização da sala de trauma na perspectiva de criar/propiciar condições favoráveis ao atendimento.

5.2.2 Organização da unidade

Ao analisar a organização da sala de trauma na admissão do paciente, verifica-se que em 16 casos (84,2%) a equipe de enfermagem era composta por um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem e em três casos (15,8%) um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. O número de pacientes sendo assistido por essa equipe de enfermagem, no momento de admissão do caso variou de quatro a 12 pacientes incluindo a sala de trauma e o ambulatório da ortopedia.

As observações e os relatos permitem identificar que o atendimento do paciente traumatizado inicia-se com o acionamento da equipe hospitalar pela Central de Regulação. O médico regulador fornece informações quanto ao mecanismo do trauma e condições clínicas do paciente para o médico responsável pela sala de trauma, que logo após, na maioria dos casos, repassa essas informações para a

equipe de enfermagem da sala de trauma. A partir desse momento, a equipe já começa a preparação para o atendimento, gerencia materiais, equipamentos e recursos humanos, com base nas informações recebidas, como mostra o relato dos entrevistados.

“Fui avisado antes pelo contratado da sala de trauma, ele informou a complexidade, que o paciente era grave. Assim, a enfermagem deixou tudo pronto, inclusive drenagem de tórax, e no momento, a equipe de enfermagem junto com a equipe médica trabalharam em conjunto com uma boa sintonia.” (C11E7)

“O acesso foi comunicado anteriormente pelo contratado da sala de trauma, a equipe se preparou em relação a recursos materiais e em relação ao que esperar do paciente que iria chegar para poder atendê-lo da melhor forma possível. A equipe toda estava sabendo do caso, inclusive os demais médicos, além do contratado, o pessoal da cirurgia e da ortopedia que iriam atender esse paciente já estava sabendo do caso, foi feito um remanejamento na sala de trauma para atender esse paciente por falta de vaga. O médico contratado informou a gravidade do caso e até as especialidades que seriam necessárias para atender o paciente.” (C12E8)

Os relatos mostram que em alguns casos houve ausência de informações prévias ou as mesmas foram transmitidas incorretamente, sendo assim, a equipe de enfermagem teve dificuldades em organizar a assistência e prover a unidade com materiais.

“A ausência de informação adequada é um problema. Tivemos a informação que era uma politraumatizada, gestante, vítima de atropelamento e não se tinha nenhuma informação sobre a gravidade da vítima, isso é relevante e não foi informado.” (C10E6)

Nos relatos dos enfermeiros sobre o contexto da unidade no momento da admissão do paciente, evidenciou-se dificuldades no atendimento ao traumatizado devido ao número excessivo de pacientes, a grande quantidade de pessoas circulando no setor e a alta complexidade dos pacientes que já estavam em atendimento. Essas dificuldades apresentam reflexos diretos na qualidade do atendimento prestado e na satisfação do trabalhador com seu trabalho, como evidenciam os relatos que seguem:

“Nesse caso eu tinha quatro pacientes na sala de trauma, eram pacientes graves, intubados e com instabilidade hemodinâmica, chegou mais esse paciente que conforme nos foi informado não estava bem, estava em choque hipovolêmico, enfim estava chocado e precisaria de atendimento, portanto, viria de qualquer forma, viria em vaga zero. Então minha percepção foi que iríamos ter que trabalhar bastante em equipe para poder atender esse paciente.” (C12E8)

“No momento, eu estava com dois pacientes, na chegada do novo paciente os médicos estavam puncionando um acesso central, que tumultuou a chegada porque nós não tínhamos acesso adequado aos materiais, foi necessário mudar/parar o acesso para que a gente pudesse entrar e pegar o material, sendo que isso já havia sido avisado com antecedência, as condições que estava a sala.” (C18E10)

Ainda quanto à organização da unidade, identificou-se durante a observação dos casos que o trabalho da equipe de enfermagem na unidade é dividido em dois momentos: o atendimento do paciente traumatizado e a assistência aos pacientes em observação que já permanecem na sala.

Segundo a equipe de enfermagem, a unidade de trauma deveria receber somente vítimas de trauma e o período de permanência do paciente na sala deveria ser transitório e determinado. No entanto, observou-se que esta unidade funciona, também, como unidade de internação – pacientes atendidos por outras especialidades permanecem dias e até semanas em leitos destinados aos pacientes politraumatizados, o que de certa forma descaracteriza a finalidade da unidade.

Evidenciou-se nos relatos dos enfermeiros a dificuldade em assumir a assistência ao paciente traumatizado recém-admitido e a assistência aos pacientes que permanecem no setor, fator que pode acarretar em uma assistência inadequada, por falta de tempo e pessoal em quantidade adequada para o trabalho.

“Eu tinha dois pacientes intubados no trauma, que já estavam na sala há um tempo relativamente grande e um terceiro paciente politraumatizado que havia chegado há aproximadamente 20 minutos, este apesar de estar estável tinha um trauma de mandíbula e o nível de consciência estava oscilando, paciente que potencialmente poderia complicar e a ortopedia estava superlotada com oito pacientes, inclusive eram pacientes que necessitavam frequentemente cuidados de enfermagem.” (C8E6)

“No momento, eu tinha na sala de trauma, quatro pacientes graves e o atendimento da ortopedia, no momento, estava tranquilo. O atendimento ao poli foi feito porque estamos acostumados com esse tipo de paciente, no entanto, não foi o que ele necessitava, faltou alguma coisa devido à complexidade dos outros pacientes. Atendia ele e os outros quatro pacientes simultaneamente.” (C16E9)

Tais evidências corroboram com o estudo de Garlet et al. (2009), que identificou um grande impasse no trabalho em uma unidade de emergência, decorrente do atendimento aos pacientes que permanecem em observação. Esse tempo de permanência do paciente é apontado como uma dificuldade encontrada no trabalho pelos profissionais.

Em estudos realizados em unidades de emergência, identificou-se que a demanda excessiva de atendimentos e as limitações do ambiente associadas à longa permanência de usuários, comprometem o atendimento às necessidades consideradas básicas do ser humano como sono, repouso, alimentação e higiene corporal, a privacidade dos usuários, também, é constantemente violada, pela proximidade dos leitos e as abordagens feitas são presenciadas por todos que ali se encontram (GARLET et al., 2009; ROSA, 2001).

O estudo de Rosa (2001) constatou que os profissionais que atuam em unidades de emergência enfrentam conflitos éticos e morais diariamente, porque um ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física limitados, não oferece condições de acomodar os usuários com segurança, assim pode favorecer a ocorrência de erros relacionados à execução de procedimentos.

A sobrecarga de trabalho percebida pelos enfermeiros, ocasionada especialmente por demandas não pertinentes à capacidade tecnológica da unidade, acarreta desgaste ao trabalhador de saúde e ao usuário, podendo comprometer a qualidade do cuidado prestado.

Um dos aspectos relativos à organização da unidade diz respeito ao planejamento antecipado à chegada do doente traumatizado, os materiais e equipamentos devem estar preparados, testados e colocados de forma a estarem imediatamente disponíveis. Em condições ideais, uma área que contenha materiais de reanimação e monitorização deve estar disponível, bem como equipamentos apropriados para abordagem das vias aéreas e soluções cristalóides aquecidas.

O gerenciamento de recursos materiais é fundamental nas organizações de saúde refere-se ao seu produto final ou atividade fim, que é a assistência aos usuários por meio de ações que não podem sofrer interrupções (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Na análise das entrevistas a respeito das atividades de gerenciamento de materiais e equipamentos, destaca-se a importância que os enfermeiros atribuem a este, pois garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais permite a toda equipe de saúde atuar de forma eficiente e rápida.

Ao analisar o gerenciamento de materiais e equipamentos realizado pela equipe de enfermagem, antes da chegada do paciente, verificamos que na maioria dos casos houve uma organização prévia da unidade do paciente, dentre os equipamentos e materiais que foram organizados, destacamos os materiais de suporte ventilatório, materiais de suporte cardiovascular e hemodinâmico e outros materiais como kit de sondagem vesical de demora e kit de sondagem orogástrica.

“Como já havia sido informada do caso e das condições do paciente previamente, já tinha montado aparelho de ventilação mecânica, ambú, material de sondagem vesical de demora e sondagem orogástrica, então, o leito do paciente já estava pronto, estava preparado. Não faltou nenhum material, sendo assim, o atendimento foi rápido.”
(C5E4)

“Foi realizado gerenciamento prévio de materiais e equipamentos, pois fomos informados pelo médico contratado da chegada do paciente e do estado dele.”
(C14E5)

Percebe-se através dos relatos, a relevância da organização prévia da unidade, que garante a rapidez e eficiência do atendimento, com base nas informações sobre as condições clínicas dos pacientes.

A organização de materiais e equipamentos da sala de trauma é uma ação de competência do enfermeiro e a falta deles limita a assistência, como mencionado em algumas entrevistas. Verificamos que em alguns casos não houve a organização

prévia de materiais e equipamentos, segundo relato dos enfermeiros, os motivos foram:

“...o material já está todo na unidade, não há protocolo para checagem...”(C1E1)

“...não foi realizada nenhuma organização prévia, pois não havíamos sido informados do caso...” (C15E5)

“Não foi realizada organização de materiais e equipamentos especificamente para o paciente politraumatizado, porque não tivemos tempo durante o momento em que foi comunicado até a chegada do paciente.” (C17E10)

Identifica-se nos relatos e nas observações, a grande disponibilidade de materiais e equipamentos na unidade estudada, no entanto, não há um protocolo de checagem que facilite a organização desses recursos e da assistência em si, sendo assim, sempre que o enfermeiro recebe as informações acerca dos casos, organiza a unidade, a fim de atender as necessidades daquele caso específico.

Nos relatos, alguns enfermeiros expressam preocupação com o gerenciamento de materiais e equipamentos, destacando a importância da criação de um sistema de gerenciamento de materiais, com o objetivo de organizar estes recursos para facilitar a assistência de enfermagem.

Os avanços tecnológicos têm impulsionado o aumento constante da complexidade assistencial, exigindo um nível de atenção cada vez mais elevado, por parte dos profissionais de saúde, criando uma demanda crescente por recursos materiais. Assim, impõem-se a necessidade de os serviços de saúde aprimorarem os sistemas de gerenciamento desses recursos, a fim de garantirem uma assistência contínua de qualidade a um menor custo, e, ainda, assegurarem a quantidade e qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades sem riscos para si mesmos e para os pacientes (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

O enfermeiro, por assumir o gerenciamento das unidades de atendimento e coordenar toda a atividade assistencial, tem papel preponderante no que diz respeito

à determinação do material necessário à consecução da assistência, tanto nos aspectos quantitativos, como nos qualitativos (CASTILHO; GONÇALVES, 2005). Para as autoras, a atuação do enfermeiro na administração de recursos materiais constitui conquista nas esferas da tomada de decisão, destacando, portanto, o importante papel do enfermeiro na dimensão técnico administrativa inerente aos processos de cuidar e gerenciar, e não, apenas, na concepção de mais uma atividade burocrática que não agrega valor à profissão e ao cuidado.

Os dados apresentados revelam a importância do atendimento pré-hospitalar ser integrado com a regulação e esta ser articulada aos serviços hospitalares, permitindo o acesso regulado de pacientes ao nível hospitalar, que se organiza para atender aos pacientes segundo as suas necessidades. Assim, evidenciou-se no relato dos enfermeiros que a integração e articulação entre os serviços se faz necessária, para otimizar recursos humanos e materiais, fornecer condições de trabalho à equipe de saúde no intuito de iniciar o processo assistencial e garantir a qualidade do cuidado.

A qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço é resultado de um processo amplo de gerenciamento do cuidado, que compreende ações de cuidado, atividades de gerenciamento de materiais, recursos humanos e organização de equipamentos, todas convergindo para o benefício do paciente.

5.2.3 Atividades assistenciais e gerenciais

Os pacientes admitidos na sala de trauma são atendidos segundo as premissas do ATLS, os profissionais de saúde realizam a avaliação primária, estabelecendo prioridades de tratamento, de acordo com as lesões, sinais vitais e mecanismos de lesão. Frequentemente, no momento da admissão, são avaliadas a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a pressão arterial, a Escala de Coma de Glasgow, a localização da lesão e o RTS, cabe destacar que estes parâmetros embora sejam considerados essenciais para estabelecer a gravidade do trauma, refletem as condições clínicas pós atendimento inicial realizado em nível pré-hospitalar.

Vale lembrar que, atualmente, com atendimento pré-hospitalar e o atendimento em unidades básicas de saúde há um aumento substancial da administração de bloqueadores neuromusculares, de soluções eletrolíticas isotônicas e das intubações durante o atendimento prévio, intervenções estas que geram interferências positivas na avaliação do paciente durante a admissão hospitalar e consequentemente influenciam nos resultados dos modelos de probabilidade de sobrevivência.

O foco dessa investigação foi o atendimento na sala de trauma, a partir da admissão do paciente até o prazo de 4 horas de assistência, não foi possível estabelecer o ISS, pois seus escores são quantificados somente na abordagem definitiva do paciente.

Na Tabela 8 apresentamos a caracterização dos casos observados segundo a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a pressão arterial, a Escala de Coma de Glasgow, o RTS e a localização da lesão dos pacientes no momento da admissão.

Tabela 8 – Distribuição dos casos observados segundo a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, Escala de Coma de Glasgow, RTS e localização da lesão, no momento da admissão hospitalar – Ribeirão Preto, SP – 2009

Variáveis	N	%
Frequência respiratória		
≤ 10 movimentos/minuto	2	10,5
10 – 29 movimentos/minuto	13	68,4
> 29 movimentos/minuto	4	21,1
Total	19	100,0
Frequência Cardíaca		
<60 batimentos/minuto	3	15,8
60-100 batimentos/minuto	10	52,6
>100 batimentos/minuto	6	31,6
Total	19	100,0
Pressão Arterial		
>89mmHg	17	89,5
≤89mmHg	2	10,5
Total	19	100,0
Escala de Coma de Glasgow		
3 – 8	6	31,6
8 – 13	5	26,3
13 – 15	8	42,1
Total	19	100,0
RTS		
0 – 2,1	1	5,3
2,1 – 4,1	5	26,3
4,1 – 6,0	1	5,3
>6	12	63,1
Total	19	100,0
Localização da lesão*		
Cabeça/Pescoço	13	33,3
Tórax	7	17,9
Abdome/Pelve	6	15,4
Membros Superiores	4	10,2
Membros Inferiores	9	23,2
Total	39	100,0

* N>19 porque o mesmo paciente pode ter mais de uma lesão em diferentes localizações

Em relação aos casos observados, houve predomínio dos pacientes que apresentaram a frequência respiratória de dez a 29 incursões/minuto (68,4%), a frequência cardíaca de 60 a 100 batimentos por minuto (52,6%), a pressão arterial sistólica maior do que 89mmHg (89,5%). O escore da Escala de Coma de Glasgow na admissão hospitalar dos pacientes estudados variou de três a 15, houve predomínio dos pacientes com Glasgow entre 13 e 15 (42,1%), o RTS variou de zero a 7,84, sendo que a maioria dos usuários apresentou RTS>6 (63,1%). Em relação à localização da lesão houve predomínio dos traumas de cabeça e pescoço (33,3%), seguido pelos traumas de membros inferiores (23,2%).

Em relação às abordagens realizadas, verificamos que, durante a avaliação primária, as condições que implicam em risco de vida para o paciente são identificadas e simultaneamente a sua terapêutica é instituída pela equipe de saúde. Destaca-se que diferentes profissionais da equipe participam destas abordagens, entretanto, julga-se pertinente diferenciar as ações realizadas pelos enfermeiros durante o exame primário e secundário dos casos, conforme segue na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das abordagens/ações realizadas pela equipe de saúde e pelos enfermeiros nos casos observados durante a avaliação primária dos pacientes segundo o tipo da abordagem – Ribeirão Preto, SP – 2009

Variáveis	N1	%	N2	%
A- Abordagem das Vias Aéreas/ Proteção da Coluna Cervical				
Avaliou permeabilidade das vias aéreas	19	100,0	14	73,7
Realizou a monitorização dos sinais vitais	19	100,0	14	73,7
Realizou proteção da coluna cervical	19	100,0	02	10,5
Realizou manobras manuais de abertura das vias aéreas	03	100,0	01	33,3
Inseriu a cânula orofaríngea (tipo guedel)	01	100,0	01	100,0
Aspirou as vias aéreas	07	100,0	04	57,1
Promoveu a ventilação com ambú	06	100,0	02	33,3
Instalou cateter de Oxigênio	01	100,0	01	100,0
Instalou máscara de oxigênio	04	100,0	02	50,0
Auxiliou na intubação orotraqueal	03	100,0	03	100,0
B - Abordagem ventilação/respiração				
Expôs o tórax do paciente	19	100,0	13	68,4
Avaliou as condições ventilatórias	19	100,0	14	73,7
Providenciou o material e auxiliou na ventilação mecânica	08	100,0	07	87,5
C - Abordagem Circulatória-controle da hemorragia				
Avaliou os sinais e sintomas de choque	19	100,0	15	78,9
Identificou pontos de sangramento	19	100,0	07	36,8
Promoveu a compressão direta do sangramento	06	100,0	01	16,6
Puncionou acesso venoso	12	100,0	10	83,3
Realizou coleta de sangue	18	100,0	17	94,4
Instalou fluidos EV	18	100,0	07	38,9
Realizou Sondagem vesical de demora	08	100,0	01	12,5
Realizou Sondagem oro/nasogástrica	05	100,0	02	40,0
Realizou Medidas de RCP	01	100,0	01	100,0
D - Abordagem Neurológica/ Exposição do paciente				
Realizou a Avaliação Neurológica	19	100,0	09	47,4
Expôs completamente o paciente	19	100,0	13	68,4
Instalou fluidos EV aquecidos	05	100,0	02	40
Controlou a hipotermia com cobertores	12	100,0	05	41,7

Observação: N1 – equipe de saúde, N2 - enfermeiro

Durante a avaliação primária do paciente traumatizado, em todos os casos observados, as vias aéreas (A) foram avaliadas em primeiro lugar pela equipe de saúde para assegurar a sua permeabilidade, o enfermeiro realizou essa avaliação

em 73,7% dos casos, todos os pacientes foram monitorizados, em 73,7% dos casos foram realizados pelo enfermeiro.

Na abordagem da ventilação e respiração (B), os enfermeiros avaliaram as condições ventilatórias (73,7%) e realizaram exposição do tórax do paciente (68,4%). A permeabilidade das vias aéreas, por si só, não significa ventilação adequada. Uma troca adequada de gases é necessária para que seja possível a oxigenação e a eliminação de dióxido de carbono num grau máximo. Uma boa ventilação exige um adequado funcionamento dos pulmões, da parede torácica e do diafragma, cada componente deve ser avaliado e examinado rapidamente.

As abordagens para circulação e controle da hemorragia (C) devem ser realizadas rapidamente, pois a hipovolemia com consequente choque hemorrágico é a principal causa de morte nas primeiras horas após o trauma. Segundo CAC (2005), a hemorragia é a principal causa de mortes pós-traumáticas evitáveis através de um rápido tratamento a nível hospitalar. Portanto, é essencial a avaliação rápida e precisa do estado hemodinâmico do doente traumatizado. Na abordagem circulatória-controle do choque/hemorragia externa, o enfermeiro avaliou os sinais e sintomas de choque hipovolêmico (78,9%), e identificou pontos de sangramento (36,8%). Verifica-se que na maioria dos casos é o enfermeiro que punciona as veias do paciente (83,3%) e realiza a coleta de sangue (94,4%).

No final da avaliação primária, realiza-se uma avaliação neurológica rápida (D). Esta avaliação estabelece o nível de consciência do doente, os enfermeiros participaram dessa avaliação juntamente com a equipe de saúde em 52,6% dos casos. Em seguida é realizada a exposição completa do paciente e o controle do ambiente com controle da hipotermia (E), fase do atendimento em que o doente é totalmente despido, usualmente a equipe corta as roupas para facilitar o acesso adequado e o exame completo, verificamos que esta abordagem na fase intra-hospitalar é realizada logo no início do atendimento simultaneamente com a avaliação do A e B, pois quando o paciente é monitorizado e ocorre a avaliação da respiração e ventilação, o mesmo precisa estar exposto. Os enfermeiros realizaram esta abordagem em 72,2% dos casos.

Pelo exposto há evidências da importância das intervenções realizadas pelo enfermeiro durante a avaliação primária. Trata-se de uma abordagem prioritariamente assistencial em uma situação de atendimento inicial na qual as

ações do enfermeiro e da equipe de saúde têm como objetivo identificar e tratar rapidamente os problemas que coloquem em risco a vida do paciente.

A avaliação secundária só deve ser iniciada depois de completa toda a avaliação primária (ABCDE) e o doente demonstrar tendência para normalização das funções vitais (CAC, 2005). Durante a avaliação secundária deve ser realizado um exame físico completo do paciente, incluindo a reavaliação dos sinais vitais e os exames complementares, bem como exames radiológicos e tomográficos.

Na Tabela 10 apresenta-se a distribuição das abordagens realizadas pelos profissionais da saúde e pelos enfermeiros durante a avaliação secundária dos casos.

Tabela 10 – Distribuição das abordagens/ações realizadas pela equipe de saúde e pelos enfermeiros nos casos observados durante a avaliação secundária do paciente na sala de trauma segundo o tipo da abordagem – Ribeirão Preto, SP – 2009

Variáveis	N1	%	N2	%
Avaliação Secundária e Abordagens				
Obteve dados do paciente/trauma com acompanhantes	05	100,0	01	20,0
Realizou exame físico completo	17	100,0	04	23,5
Avaliou as condições de transporte para o raio X.	13	100,0	06	46,1
Realizou o transporte para o raio X.	12	100,0	05	41,6
Posicionou o paciente no raio X.	12	100,0	03	25,0
Avaliou as condições de transporte para a tomografia	14	100,0	07	50,0
Realizou o transporte para a tomografia	14	100,0	08	57,1
Posicionou o paciente na tomografia	14	100,0	08	57,1
Controlou líquidos drenados pelas sondas	04	100,0	01	25,0
Registrou líquidos drenados pelas sondas	04	100,0	02	50,0
Realizou o registro de enfermagem	19	100,0	18	94,7
Realizou a higiene corporal do paciente	04	100,0	02	50,0
Realizou a troca de roupas do leito do paciente	06	100,0	03	50,0
Realizou os curativos	02	100,0	01	50,0
Realizou enfaixamento	03	100,0	01	33,3

Observação: N1 – equipe de saúde, N2 - enfermeiro

Durante a observação dos casos verifica-se que na avaliação secundária do paciente da sala de trauma, na maioria dos casos, os enfermeiros realizaram o registro dos atendimentos no prontuário do paciente (94,7%).

O registro no prontuário do paciente abrange diversos aspectos, respalda ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, assim como, o paciente. Favorece a continuidade do tratamento. Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada, bem como a instituição e a equipe de enfermagem.

A padronização dos registros (anotações e evoluções) de enfermagem é necessária, visto que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia

técnica (SETZ; D'INNOCENZO, 2009). Entretanto, em que pesem os questionamentos acerca da qualidade gráfica dos registros faz-se necessário investir fortemente na capacitação de recursos humanos para favorecer a documentação da assistência prestada como um aspecto para garantir a segurança do paciente, continuidade do atendimento além, dos aspectos éticos e legais já citados.

O enfermeiro como executor de procedimentos técnicos, principalmente os de maior complexidade, apareceu com destaque nesta pesquisa, o que está em conformidade com as determinações da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que incumbe o enfermeiro privativamente “dos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas” (COREN-SP, 2007-2008).

A execução de técnicas em pacientes de maior complexidade deve ser entendida no contexto da visão integral que o enfermeiro deve ter do paciente, em uma avaliação de suas condições bio-psico-sociais e não apenas uma abordagem mecânica e pontual focando apenas a dimensão biológica. Ou seja, acredita-se que o enfermeiro é o profissional cuja formação permite uma avaliação ampliada do paciente, situação muito desejável, especialmente nos casos de maior complexidade.

A análise das entrevistas permite identificar que na maioria dos relatos, para os enfermeiros, a assistência ao paciente é prioritária, manifestada pela sistematização do atendimento, segundo a proposta do ATLS, ou seja identificação e tratamento imediato dos problemas que coloquem o paciente em risco de vida, utilizando a abordagem mnemônica do ABCDE.

“A prioridade era a circulação “C”, então verificamos as condições do paciente, identificamos que o mesmo não estava chocado, mas havia grande risco de evoluir para choque hipovolêmico, então foi coletado sangue para exames.” (C2E1)

“Na assistência priorizei a ventilação, porque o paciente chegou intubado e depois apresentou episódio de vômito, então passei a sonda orogástrica para esvaziamento gástrico e a reposição volêmica. O paciente estava estável hemodinamicamente.” (C3E2)

“Foi priorizada a via aérea, pois o paciente chegou em Glasgow 3, com a via aérea obstruída por muito sangue,

estava evidente a queda da língua do paciente, foi colocado cânula de guedel e imediatamente melhorou seu padrão ventilatório.” (C8E6)

Evidenciou-se no relato dos enfermeiros a importância da sistemática da assistência segundo a proposta do ATLS, que permite uma abordagem integral segundo as prioridades estabelecidas, subsidia a avaliação do paciente sem tirar a autonomia do profissional. Esses dados corroboram a literatura preconizada internacionalmente, que reconhece a abordagem mnemônica do ABCDE – como uma diretriz que tem sua sustentação na medicina baseada em evidências.

A equipe que atua na unidade de emergência necessita estar qualificada para atender aos usuários acometidos por causas externas. Dessa forma, a educação continuada e permanente, assim como os treinamentos para utilização de protocolos de atendimento imediato ao trauma, possibilitam maior autonomia aos profissionais da equipe de saúde, rompendo paradigmas e exigindo transformações conceituais no atendimento a esta população específica (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

Para Hausmann e Peduzzi (2009), a enfermagem tem suas atividades norteadas pelos aspectos que dizem respeito às atividades de assistência direta ao paciente. Os dados apresentados nas Tabelas 9 e 10 evidenciam o enfermeiro realizando uma série de atividades, como avaliação clínica e procedimentos técnicos junto aos pacientes além de atividades administrativas, dentre estas o gerenciamento do trabalho da equipe de enfermagem.

Nos depoimentos dos enfermeiros sobre o desempenho da equipe de enfermagem, destacamos relatos que evidenciam o ótimo desempenho da equipe de enfermagem, devido à capacidade de estabelecer prioridades e a rapidez do atendimento.

“O desempenho da equipe foi bom, apesar da grande quantidade de pacientes, a equipe de enfermagem soube priorizar a assistência do paciente que chegou...”(C1E1)

“O desempenho da equipe de enfermagem foi ótimo, porque estamos acostumados a atender pacientes nessas condições e tendo uma equipe médica boa, com a sala de trauma organizada e sem falta de equipamentos o transcorrer do atendimento fica perfeito e rápido.” (C5E4)

“O desempenho da equipe de enfermagem foi tranquilo, pessoal coeso atendendo, de acordo com a sequência, o paciente também permitia, estava estável, então não havia necessidade de nenhuma intervenção aguda, ele estando estável facilitou bastante o atendimento.” (C9E6)

“Foi muito bom, a equipe de enfermagem fez o que era necessário para o paciente. Uma equipe treinada.” (C19E11)

Interessante destacar que, nos depoimentos, o bom desempenho da equipe de enfermagem está relacionado à assistência prestada ao paciente. Trata-se de situação desejável que o trabalho de enfermagem tenha como centralidade o cuidado ao paciente.

O atendimento e o tratamento de situações de emergência fazem parte de um sistema de cuidados especializados, cuja participação da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso na restauração de vidas e minimização de sequelas, mas para isso, todos os recursos necessários para este atendimento precisam estar disponíveis de forma imediata e em perfeitas condições de utilização (GONÇALVES et al., 2007).

Alcançar o melhor nível de trabalho em equipe é algo complexo, pois exige grande esforço do grupo e da própria instituição, sendo necessário interesse e disponibilidade dos profissionais. Um dos fatores que pode facilitar ou dificultar o processo é o grau de envolvimento e desenvolvimento da equipe para enfrentar o desafio de operar mudanças, objetivando a melhoria da qualidade da atenção incorporada na sua prática diária (MOSCOVICI, 2002; MISHIMA, 2003).

Para Silva (2009), o conhecimento dos fatores que dificultam o desempenho das equipes é fundamental para que se indique pontos de conflito que restringem esse desempenho rumo ao atendimento qualificado.

Uma dificuldade apresentada durante o atendimento refere-se à comunicação ineficaz entre membros da equipe de enfermagem, número insuficiente de funcionários e excesso de pacientes no setor durante os atendimentos.

“...A maior dificuldade encontrada em relação à equipe, foi quando passei o plantão, pois os auxiliares que estavam comigo não participaram da passagem do plantão (foram embora), então....procedimentos não haviam sido registrados, pacientes não tinham nenhuma evolução de enfermagem, outros pacientes da ortopedia eu não conhecia por estar mais envolvida com os atendimentos

na sala de trauma. Seria muito importante que a equipe toda participasse da passagem de plantão para não deixarmos de passar informações importantes para o plantão seguinte.” (C2E1)

A comunicação entre os membros da equipe de enfermagem deve ser entendida como um fator essencial para favorecer o cuidado, permitindo a integração das ações desenvolvidas por diferentes agentes da enfermagem. Entretanto, a comunicação por si só não favorece a assistência adequada nos casos que ocorre número excessivo de pacientes e quantitativo de pessoal de enfermagem inadequado.

As condições de infra-estrutura que interferem na realização das atividades assistenciais e dimensionamento insuficiente do quadro de profissionais de enfermagem são aspectos que propiciam tensões e conflitos que se manifestam de forma intensa e estressante sobre os profissionais da unidade, mais especificamente sobre a enfermagem.

Um fator dificultador no processo de trabalho é a comunicação insuficiente. A comunicação é um fator essencial no desenvolvimento de uma equipe, é indispensável ao relacionamento humano e às relações de trabalho. Uma boa comunicação evita ou ao menos diminui as chances de conflitos e torna o ambiente de trabalho mais harmonioso, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe (SILVA, 2009).

De acordo com Marques e Lima (2008), as enfermeiras atuam em diferentes frentes de trabalho, coordenam as atividades da enfermagem, articulam, supervisionam, assim como selecionam pacientes de maior risco, dentro das prioridades estabelecidas. Também fazem a interligação do trabalho médico com os demais trabalhadores, setores e serviços, ou seja, a enfermeira tem um papel de articulação da equipe de saúde.

A análise dos relatos dos entrevistados em relação à performance da equipe de saúde durante os atendimentos observados evidencia que na maioria dos casos o desempenho foi bom. Dentre os motivos mencionados está o aviso prévio sobre a chegada do paciente que permite a organização de recursos materiais e humanos adequados, que proporciona uma assistência baseada nas prioridades do ATLS.

“O desempenho da equipe de saúde foi bom, os médicos já estavam sabendo do caso previamente, o médico contratado veio até à sala no momento do atendimento.

Inclusive os ortopedistas já haviam solicitado especialistas para este caso, e estes já aguardavam o paciente.” (C1E1)

“O fato de estarmos com o contratado na sala, que é um médico mais experiente, por isso não tivemos problemas, porque ele tem noção da sequência de priorização do atendimento, então ele acabou dirigindo a orientação para os médicos que participavam do atendimento, então não houve grandes problemas...”(C8E6)

“O desempenho da equipe de saúde foi tranquilo também, obedecendo a uma lógica de atendimento. A lógica de atendimento é a do ATLS.” (C9E6)

“A meu ver dentro da especialidade deles o desempenho foi correto, eles estavam presentes, tinha contratado e docente. Os exames foram solicitados rapidamente.” (C19E11)

No atendimento ao paciente traumatizado identifica-se um campo comum a todos os profissionais de saúde, a abordagem preconizada pelo ATLS, em que todos os profissionais independente da formação profissional, realizam as mesmas atividades e se organizam em função do paciente e da situação em si, sem levar em conta a estrutura hierárquica baseada nos saberes específicos, construída historicamente e reproduzida nos serviços de saúde.

Ressalta-se que embora tenha sido garantido o sigilo e anonimato aos entrevistados, não é fácil admitir e verbalizar que o trabalho da equipe não foi adequado ou satisfatório, pois remete a uma avaliação de seu próprio desempenho, uma vez que também é um profissional partícipe da equipe.

Para Garlet et al. (2009), as atividades dos profissionais de saúde se estruturam em torno da mesma finalidade que conduz o processo de trabalho, de modo que ações de cada trabalhador se tornem necessárias para compor o atendimento. Entende-se que a integração dos vários profissionais envolvidos no atendimento, mobilizados em um objetivo comum, configura-se como um trabalho em equipe, estabelece relações que favorecem a realização de um trabalho integrado, garantindo agilidade na assistência prestada à vítima.

Para Silva (2009), no atendimento às emergências todos os agentes participam de maneira a contribuir para o restabelecimento da vida, nesse sentido, o

trabalho é realizado por diversos grupos profissionais e apresenta aspectos de complementariedade e interdependência entre os diferentes trabalhos.

Em alguns relatos foi possível identificar dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem em relação ao desempenho da equipe de saúde, como, por exemplo, a ausência do médico contratado no momento do atendimento aos pacientes, a fragmentação do cuidado atribuída à atuação profissional relativa ao plano individual de cuidado, a grande movimentação de pessoas que circulavam no setor e não participavam do atendimento.

“A gente tem que fazer algumas solicitações, algumas observações e até mesmo lembrar o que cada um tem que fazer, pois, no momento, o médico contratado estava ausente, e, nesse momento, foi solicitada a sua presença para que ele pudesse agilizar o atendimento porque o paciente estava em condições precárias.” (C18E10)

“O desempenho da equipe de saúde foi tumultuado pelo excesso de pessoas que estavam na sala, sendo que nem todos eram os que estavam prestando assistência ao paciente.” (C7E5)

“A equipe de saúde a princípio foi tranquila, porém continua bastante gente na sala e nem todo mundo ajuda. Não é todo mundo que atende o paciente, muitos vêm só para assistir o atendimento o que acaba atrapalhando.” (C14E5)

O espaço físico, a distribuição espacial de pessoas e equipamentos pode favorecer ou dificultar o trabalho a ser realizado. Entende-se que o acesso regulado à unidade de trauma e a organização da unidade deveriam contribuir para minimizar ocorrências como as apontadas nesses relatos.

A grande movimentação de pessoas durante os atendimentos na sala de trauma é um fator dificultador da assistência, podendo representar desconforto aos pacientes, familiares e trabalhadores levando-os muitas vezes ao desgaste físico e emocional. O enfermeiro coloca-se como mediador entre um espaço tencionado entre médicos, auxiliares, técnicos de enfermagem, principalmente nas situações em que há grande movimentação de pessoas na sala durante o atendimento. Para Hausmann (2006) gerenciar conflitos também faz parte do processo de gerência do enfermeiro.

No trabalho gerencial, os objetos de trabalho do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo, é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Também utilizam-se outros meios ou instrumentos como a força de trabalho, os materiais, equipamentos e instalações, além dos diferentes saberes administrativos (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Com base na análise das entrevistas, identifica-se que a organização do atendimento ao paciente engloba atividades de gerenciamento de materiais e equipamentos, a preparação da unidade do paciente, a assistência do paciente, além das atividades de coordenação do atendimento, elencadas como atividades gerenciais prioritárias. Portanto, baseados nesta evidência empírica, podemos afirmar que a organização do atendimento ao paciente, aparece como atividade relevante, como ilustram os relatos a seguir:

“Na gerência foi priorizado a organização do serviço, do material e da maneira como foi feita a assistência de enfermagem ao paciente.” (C7E5)

“Na gerência como um todo, priorizei garantir um local para o paciente ser atendido e garanti que ele fosse atendido, ou seja, garanti recursos humanos que estava falho e garanti também que os outros pacientes também fossem atendidos porque eles também estavam instáveis e precisavam de atendimento, nesse caso acho que foi mais o espaço para o paciente poder chegar e depois o atendimento a ele.” (C13E8)

“Eu priorizei antes do atendimento a montagem de equipamentos pra não ter que sair correndo a todo o momento, mesmo que faltasse algum material eu já saberia ir atrás, para quando o paciente chegar estar tudo pronto. Como o paciente já veio praticamente “pronto” era só fazer o que fazemos no atendimento hospitalar que é estabilizar, monitorar, coletar os exames de sangue e encaminhar o paciente para os exames radiológicos.” (C5E4)

É possível constatar através dos relatos que os enfermeiros, baseados nas necessidades de saúde dos usuários, utilizam todo o conhecimento técnico referente

à previsão e provisão de recursos humanos e materiais, e assistência para organizar o atendimento do paciente, com vistas à qualidade e integralidade do cuidado.

Para Hausmann e Peduzzi (2009), o procedimento técnico atrelado ao planejamento de ações, garante ao paciente o tratamento de que ele necessita, pois, ao planejar, o enfermeiro determina objetivos a serem alcançados para promover a assistência de enfermagem de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes.

A gerência é um processo no qual é executado um conjunto de ações que visam criar condições adequadas para que a assistência seja realizada com padrões de qualidade definidos para o respectivo serviço (HAUSMANN, 2006).

Entende-se que para a assistência qualificada faz-se necessário o aporte de recursos humanos e materiais adequados a atender as necessidades de cada caso.

Os resultados do estudo de Willig, Lenardt e Trentini (2006) revelam a importância da previsão e provisão de recursos humanos e materiais como estratégias empregadas no gerenciamento, pois favorecem positivamente o funcionamento dos serviços de saúde e a inadequação dos mesmos, compromete a qualidade dos cuidados ao paciente.

A supervisão é um instrumento gerencial entendido por muitos autores como responsável por promover a reflexão e a discussão sobre a execução da prática com base no acompanhamento do cotidiano de trabalho (HAUSMANN, 2006; SILVA, 1991), entretanto, neste estudo apenas um depoimento fez referência à supervisão e em uma dimensão de controle do trabalho.

“Procurei manter o material mais acessível e organizei o atendimento, como comandar o restante da equipe, direcionar funções para a equipe. Nesse tipo de atendimento tem sempre um profissional que comanda às vezes um médico ou às vezes um enfermeiro.” (C3E2)

Mendes-Gonçalves (1994) argumenta que supervisão e controle são dimensões de um mesmo objetivo, distinguíveis por análise, mas inseparáveis na prática real. Para Silva (1991), a supervisão em sua dimensão educativa refere-se à reflexão crítica sobre a prática do trabalho, feitas com base nas experiências empíricas (práticas) e nos conceitos teóricos.

Se, por um lado, a supervisão apareceu somente em um depoimento, por outro lado, o controle ou verificação de pendências apareceu, em quase todos os

relatos prioritariamente na organização do atendimento e durante a passagem de plantão.

“Na hora dos atendimentos você se perde, a gente acaba fazendo a parte assistencial e perde totalmente a visão de gerência. Acho que temos a visão de gerência quando estamos assistindo o atendimento. Quando estamos na assistência não enxergamos nada da gerência. Você só consegue ver alguns aspectos gerenciais no final do plantão. No final, quando você dá uma parada, consegue ver que ficou alguma coisa, como falha de comunicação de medicamentos (se foi feito ou não foi feito?). Acho que falta a passagem de plantão com todo mundo, só o enfermeiro passa o plantão, no final você é cobrado por algumas coisas da assistência que foram os auxiliares que fizeram, mas não te comunicaram.” (C1E1)

“Na gerência priorizei a organização do atendimento, o domínio e a liderança.” (C11E7)

“Antes do paciente, em relação aos materiais priorizei o que precisaria para atendê-lo e depois ele em si, no caso, a parte hemodinâmica e depois garantir que os exames fossem feitos e que as demais coisas ocorressem.” (C12E8)

Interessante destacar que embora a gerência seja focada no cuidado, em alguns momentos a dimensão assistencial é preponderante, absorvendo a atenção/ação do enfermeiro, dificultando a visão do contexto da unidade.

Castellanos (1987) analisa que o processo administrativo é o mais presente no cotidiano do trabalho do enfermeiro, mas é negado por eles com a justificativa de que devem atuar no cuidado direto. Sugere que o enfermeiro veja o papel de administrar como desafio, pois dele depende um cuidar com qualidade e resolubilidade.

“Na gerência foi tudo muito rápido, por conta que não tínhamos nada preparado, então foi mais gerenciar o material, equipamentos, tudo o que foi preciso para atender esse paciente que chegou.” (C6 E5)

“Na hora que o paciente chegou tive que solicitar que alguém me ajudasse, no caso, eu contei com a ajuda de uma enfermeira de outro setor e que auxiliou na

organização dos materiais e nos procedimentos ali na hora. Eu tive que delegar outras funções porque este era o paciente mais grave. Tive que focar nele e deixar de realizar a assistência dos outros pacientes que também estavam na sala.” (C16 E9)

“Na gerência priorizei manter a sala em ordem, todo o material, chamar alguns residentes para poder estar priorizando, para poder organizar, avaliar melhor o paciente, ver que lado iria estar virando o paciente devido às fraturas, porque senão eles viram do lado que estão as fraturas, para que pudessem encaminhar o paciente com maior rapidez ao CT e raio x para poder estabilizar o paciente.” (C18 E10)

“Eu procurei planejar o atendimento, coordenar o atendimento, encaminhar o paciente para os exames, desempenhei funções e deleguei funções para funcionários.” (C19 E11)

Observa-se nos relatos que os enfermeiros além de priorizarem as ações assistenciais, também planejam e organizam materiais, equipamentos e recursos humanos, além de atuarem como agente articulador das ações de todos os membros da equipe para o benefício do paciente.

Nestes relatos identificamos que as atividades assistenciais e gerenciais aparecem de forma articulada, como uma prática de gerenciamento do cuidado. Concordamos com Willing, Lenardt e Trentini (2006), o gerenciamento do cuidado consiste de um processo amplo, que compreende ações de cuidado, ações administrativas, quer sejam burocráticas ou não, ações educativas e pesquisa, todas convergindo para o benefício do paciente.

Em síntese, o gerenciamento centrado no e para o paciente resulta na convergência do cuidar/gerenciar.

“Gerência... No geral, assim? Eu acho que gerência é você vislumbrar, baseado nas informações que você recebe, todo o contexto que vai envolver o atendimento do paciente, desde a parte de recursos humanos, recursos materiais, organização da sala, fluxo que este paciente necessitou, como ser encaminhado para a tomografia, então precisava pensar na priorização da sala de tomografia e porventura a necessidade de exames de sangue, transferência, algumas coisas assim. Então é o

contexto do atendimento que o enfermeiro tem que ter prévio.” (C8 E6)

Os resultados apresentados permitem entender o gerenciamento do cuidado de enfermagem com interface de uma dimensão assistencial e outra organizativa de recursos humanos/materiais e de área física. Além disso, envolve ação de articulação e comunicação da própria equipe de enfermagem e equipe de saúde. Trata-se de um contexto de prática de enfermagem marcado por fatores facilitadores e dificultadores inerentes no cenário hospitalar contextualizado no sistema de saúde.

Não é possível pensar o gerenciamento do cuidado de forma idealizada e teórica, mas algo em processo de construção e reconstrução contínua, foco do trabalho de enfermagem hospitalar.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância das urgências traumáticas no contexto de atenção à saúde, bem como a magnitude desses agravos para a sociedade e a respectiva representatividade para o trabalho do enfermeiro são elementos que nos instigaram a investigar o gerenciamento do cuidado de enfermagem em sala de trauma.

Considerando estes aspectos, é imprescindível, para o campo da enfermagem, conhecer detalhadamente a prática dos enfermeiros das unidades de atendimento ao traumatizado, tanto no que se refere ao cuidado, quanto às atividades gerenciais que devem ter como centralidade o próprio cuidado.

Desse modo, esse estudo teve como objetivo analisar a prática do enfermeiro em uma unidade de trauma, no âmbito do gerenciamento do cuidado, em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo–SP.

Conhecer o perfil demográfico, epidemiológico e organizacional dos pacientes atendidos possibilita organizar a área física, recursos humanos, materiais e equipamentos adequados às necessidades dos usuários. Neste estudo, foram mais frequentes os atendimentos a pacientes homens na faixa etária de 20 a 30 anos, procedentes do município de Ribeirão Preto-SP, vítimas de acidentes de transporte, ocorridos aos finais de semana, entre 13h00min e 18h59min, tendo como tempo de permanência hospitalar um período de 24 horas ou menos. Em relação aos índices de gravidade de trauma, os casos de ISS com escore de 1-15 (trauma leve), o RTS superior a seis foram os mais frequentes.

Cabe destacar que embora os resultados tenham estabelecido que o perfil dos casos refere-se aos traumas de menor complexidade, optou-se por focar os casos mais complexos por considerar que estes permitiriam ampliar o enfoque das ações desenvolvidas pelo enfermeiro, relativas ao gerenciamento do cuidado ao paciente na sala de trauma. Ou seja, embora os traumas de menor complexidade sejam os mais frequentes há necessidade de estruturação do serviço, organização de processos e recursos, capacitação de recursos humanos na perspectiva de garantir condições adequadas para atender aos usuários vítimas de traumas de maior complexidade.

A observação dos atendimentos possibilitou o registro das atividades realizadas pelos enfermeiros no atendimento ao paciente politraumatizado, as sequências e conexões, as articulações entre a equipe de enfermagem e de saúde, o contexto da unidade durante o atendimento, a composição da equipe e organização da unidade. Buscou-se, assim, informações acerca dos “fazeres”, como expressão da equipe presente no cotidiano dessa prática, que explicitassem as atividades assistenciais e gerenciais do cuidado de enfermagem.

A oportunidade de acompanhar o atendimento na sala de trauma incluiu os momentos da organização da unidade, da prestação da assistência sistematizada, das articulações entre a equipe de saúde, da saída do paciente da unidade, bem como possibilitou descrever e analisar o contexto da sala de trauma durante os eventos.

A análise dos casos observados evidenciou aspectos importantes no tocante ao atendimento do paciente vítima de trauma, a saber: condições de acesso, organização da unidade, assistência/gerência de enfermagem.

Ao analisar o acesso do paciente à sala de trauma, segundo as observações e a percepção dos enfermeiros entrevistados, evidenciou-se a influência positiva da existência de um serviço de atendimento pré-hospitalar e de uma central de regulação médica integrados ao nível hospitalar. A maioria dos casos teve o acesso regulado, recebeu assistência pré-hospitalar e os enfermeiros receberam informações sobre as condições do paciente antes da admissão, o que possibilita a continuidade do tratamento e favorece uma assistência de qualidade, pois permite o preparo da unidade do paciente e da equipe de saúde para o atendimento da vítima, com base nas informações recebidas.

Na análise das observações e entrevistas a respeito da organização da unidade do paciente na sala de trauma, verificamos que, na maioria dos casos, houve uma organização prévia, baseada nas necessidades dos usuários, destacando-se a importância que os enfermeiros atribuem às atividades de gerenciamento de materiais e equipamentos, tendo em vista que garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais permite que toda equipe de saúde atue de forma eficiente e rápida.

Em relação à organização da unidade no momento da admissão do paciente, identificaram-se aspectos dificultadores como, o número excessivo de pacientes e a grande quantidade de pessoas circulando no setor, a alta complexidade dos

pacientes que já estavam em atendimento e a sobrecarga de trabalho ficando evidente a divisão do trabalho da equipe de enfermagem em dois momentos: o atendimento do paciente traumatizado e a assistência aos pacientes que já estavam em observação na unidade. Evidenciou-se no relato dos enfermeiros a dificuldade em assumir essas duas tarefas, podendo refletir em uma assistência inadequada, decorrente da falta de tempo e de pessoal em quantidade adequada para o trabalho, além de influenciar negativamente na satisfação do trabalhador.

Durante os atendimentos, identificaram-se características de um trabalho interdisciplinar atrelado a aspectos de complementaridade e interdependência, em que a equipe de saúde estabelece as prioridades e simultaneamente institui a terapêutica necessária, segundo as premissas do ATLS. Evidenciou-se a participação dos enfermeiros em todos os casos, elencando as prioridades e realizando avaliações clínicas sistematizadas, bem como procedimentos/abordagens de alta complexidade junto aos pacientes.

A realização de uma abordagem assistencial articulada às atividades gerenciais de organização do atendimento ao paciente, segundo abordagem mnemônica ABCDE do ATLS, favorece o atendimento adequado às necessidades do usuário, caracterizando, então, o gerenciamento do cuidado exercido na unidade estudada.

Os resultados indicam que na sala de trauma, o gerenciamento do cuidado, está centrado em atividades assistenciais e gerenciais. Assistenciais focadas no cuidado prestado ao usuário no microespaço da unidade que requer conhecimentos específicos como a abordagem sistematizada preconizada pelo ATLS. Gerenciais que incluem a organização do acesso do paciente, da unidade, da equipe, de materiais e equipamentos. Particularmente no que se refere à equipe de enfermagem e de saúde identificaram-se as ações de articulação e coordenação.

A prática do enfermeiro na sala de trauma se distancia da concepção de gerenciamento burocrático e aproximando-se da perspectiva de gerenciamento do cuidado que articula a dimensão assistencial e gerencial do trabalho. Cuidar e gerenciar são dimensões indissociáveis do trabalho do enfermeiro, cada qual com especificidades, que têm o cuidado ao paciente como foco das ações.

Os resultados indicam a importância do papel do enfermeiro na articulação de profissionais e na mobilização de recursos para atenção ao paciente, constituindo-se em expressiva parcela de seu trabalho no âmbito gerencial na sala

de trauma. O trabalho em equipe de enfermagem e saúde constitui-se em importante aspecto elencado, evidenciado pela capacidade da equipe de estabelecer prioridades e a rapidez do atendimento.

Fragilidades na articulação, integração e comunicação, bem como nas limitações do uso da supervisão enquanto instrumento gerencial são aspectos que foram destacados como dificultadores do trabalho em equipe no contexto da sala de trauma.

Diante da complexidade do gerenciamento do cuidado em sala de trauma e a importância da equipe de enfermagem e de saúde nesses serviços faz-se necessário estudar mais detalhadamente aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe, uma vez que aspectos relacionais estão fortemente articulados ao gerenciamento do cuidado.

Para finalizar, cabe destacar que este estudo apresenta um enfoque atualizado acerca da temática do gerenciamento do cuidado em sala de trauma, sem contudo esgotar as possíveis abordagens focando o tema. Acredita-se que ainda há muito a ser explorado considerando a contemporaneidade dos agravos traumáticos e da dimensão da gerência no trabalho do enfermeiro.

Referências

REFERÊNCIAS

ALTO, L. S. M. **Análise do impacto do programa ATLS^R (Advanced Trauma Life Support) no atendimento ao traumatizado em cidade de pequeno porte no Brasil**. 2007. 112 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AZZOLIN, G. M. C. **Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes**. 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BAKER, S. P. et al. The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 14, p. 187-196, 1974.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 178p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 824, de 24 de junho de 1999. Dispõe sobre a normatização do atendimento pré-hospitalar. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 jun. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 814, de 01 de junho de 2001. Dispõe sobre a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências, revogando a Portaria GM/MS 824 de 24 de junho de 1999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 jun. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 256 p. (Série E - Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Informações de saúde. DATASUS. Estatísticas Vitais – mortalidade e nascidos vivos. Brasília: Ministério da Saúde: 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Informações de saúde. DATASUS. Estatísticas demográficas e socioeconômicas - residentes por município. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.DATASUS.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2010.

CASTELLANOS, B. E. P. **O trabalho do enfermeiro**: a procura e o encontro de um caminho para seu estudo. Da abordagem mecânico funcionalista à pesquisa emancipatória. 395 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2005. p. 157-170.

CHAMPION, H. R. et al. The major trauma outcome study: establishing national norms for trauma care. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 30, n. 11, p. 1356-1365, 1990.

CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba – MG. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 100-106, 2008.

CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Reflexões sobre a formação do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 8, n. 2, p. 106-112, 2009.

COELHO, M. F. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino**. 2009. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES - CAC. **Comitê de Trauma**. ATLS. Manual do Curso para Alunos, 2005.

COREN (São Paulo, SP). **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo: Demais, 2007-2008.

DOMINGUES, C. A. **Probabilidade de sobrevida**: comparação dos resultados do trauma and Injury Severity Score (TRISS) com sua nova versão (NTRISS). 2008. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FELLI, V. E. A. F.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2005. p. 89-107.

FERNANDES, S. M.; SPAGNOL, C. A.; TREVIZAN, M. A.; HAYASHIDA, M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 161-167, 2003.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, p. 91-97, 2000. Número especial.

_____. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn-Seção-BA, 1998. p. 20-25.

FERRAZ, C. A.; VALLE, E. R. M. Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Enfermería en las Américas (OPS-OMS). Washington, D. C.:OPS-OMS, 1999. Publicacion Cientifica n° 571, p. 205-226.

FRAGA, G. P.; MANTOVANI, M.; MAGNA, L. A. Índices de trauma em pacientes submetidos à laparotomia. **Revista do Colégio Brasileiro dos Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 299-306, 2004.

FRANKEMA, S. P. et al. Comparison of current injury scales for survival chance estimation: an evaluation comparing the predictive performance of the ISS, NISS, and AP scores in a Dutch local trauma registration. **Journal of Trauma**, Baltimore, v. 58, n. 3, p. 596-604, 2005.

GARCIA-CASTRILLO, L.; DEL BUSTO, F. Modelo de atención integral a las urgências. Editorial. **Emergencias**, Madri, v. 13, n. 3, p. 153-154, jun. 2001.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUME, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GENNARI, T. D.; KOIZUME, M. S. Determinação do nível de gravidade do trauma. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 333-341, 1995.

GOMES, M. A. Y.; NEIRA, J. **Atención inicial de pacientes traumatizados**. Buenos Aires: Fundación Pedro Luiz Ruveiro, 1992.

GONÇALVES, A. B. M. et al. Sala de emergência: fatores que dificultam a assistência de enfermagem. **Emergência Clínica**, v. 2, n. 9, p. 23-33, 2007.

GUSTAVO, A. S.; LIMA, M. A. D. S. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 24-7, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis, Vozes, 1995.

HAUSMANN, M. **Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo**: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.

HEARST, N. et al. Pesquisas com dados existentes: análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In: HULLEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed. cap. 3, p. 225-241. 2003.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20 (Esp), p. 86-101, 1999.

LIMA, M. A. D. S. et al. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 343-54, 2000.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LONG, W. B. et al. Accuracy and relationship of mechanisms of injury trauma score and injury severity score in identifying major trauma. **American Surgeon**, Atlanta, v. 151, p. 581-584, 1986.

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **Mundo Saúde (1995)**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 160-171, 2004.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas: UFPel, 2000.

MANTOVANI, M.; FRAGA, G. P. Avaliação da gravidade: escalas de trauma. In: FREIRE, E. **Trauma**: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 403-420.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISHIMA, S. A. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para reorganização da assistência à saúde**: o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. 153 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MOSCOVICI, F. **Equipes dão certo**: a multiplicação do talento humano. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002, 240p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **World report on road traffic injury prevention**. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html>. Acesso em: 18 maio 2009.

PAVELQUEIRES, S. **Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos**. 1997. 149 f. Tese (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

PAVELQUEIRES, S. **Famílias**: vítimas ocultas do trauma. 2002. 228 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PEDEN, M. et al. **World report on road traffic injury prevention**. Geneva: World Health Organization, 2004.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. CD-ROM

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 320-327, 2009.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A.; KANTORSKI, L. P. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 703-711, 2007.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

POLL, M. A.; LUNARDI V. L.; LUNARDI FILHO W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 509-514, 2008.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

ROSA, N. G. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência**. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, Cidade, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

SILVA, A. M.; PEDUZZI, M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 518-526, 2009.

SILVA, A. P. **Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe de enfermagem em Unidade de Urgência e Emergência**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

SILVA, E. M. **Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80**. Ribeirão Preto, 1991. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

SMITH, D. P. et al. Trauma in the elderly: determinants of outcome. **Southern Medice**, Birmingham, v. 83, p. 171-177, 1990.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 119-127, 2005.

STAKE, R. E. Case studies. In: DEZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. London: Sage, 2000. p. 246-263.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumentos para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999.

WILLING, M. H.; LENARDT, M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 23-29, 2002.

WILLING, M. H.; LENARDT, M. H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 177-182, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

Roteiro – guia para observação

Data: _____ Horário: _____ Folha n°: _____

Unidade de Atendimento: _____ Observador: _____

I – Acesso à sala de trauma

1. O acesso ao serviço foi regulado (DRS-XIII, SMS-RP, outro)? () Sim () Não
() SMS-RP () DRS XII () Outros: _____
2. Serviço de origem? _____
3. Quem informou o caso para a equipe de enfermagem? Prof.: _____
4. O paciente recebeu atendimento prévio? () Pré-Hospitalar () Pronto Atendimento () Não
5. Dados do transporte?
Equipe: _____ [] SAMU [] Básico [] Avançado
[] Resgate [] Polícia [] Ambulância [] Carro privado
Dados significantes da transferência: _____
8. Houve passagem de plantão para equipe hospitalar? _____
9. Sala de Trauma na admissão do paciente:
Número de pacientes: _____
Composição da equipe de enfermagem: Enfermeiros: __, Auxiliares: __, Técnicos: __.
Obs. _____

II - Unidade do paciente

1. Gerenciamento de materiais e equipamentos
Houve testagem prévia dos equipamentos? () Sim () Não
Houve organização prévia da unidade? () Sim () Não
Equipamentos básicos: (Sim/Não)
() Saída de Oxigênio () Saída de ar comprimido () Fonte de aspiração a vácuo
() Tomadas elétricas (110/220V) () Monitor (FC, PA, FR e Sat O2)
() Outros _____
- Equipamentos e materiais de suporte ventilatório:* (Sim/Não)
() Ambú () Ventiladores Mecânicos () Aspirador de ponta rígida
() Cânulas de guedel () Kits para Intubação () Máscaras/Catéteres de O2 () Kits para Crico/Tráquea () Kits Drenagem de tórax/toracocentese de alívio
Equipamentos e materiais de suporte cardiovascular: (Sim/Não)
() Desfibrilador () Material de punção venosa () Fluídos EV () Medicamentos
() Bombas de Infusão () Material para Coleta de sangue () Kit para autotransfusão
Outros Materiais: (Sim/Não)
() Sondagem Vesical () Sondagem Gástrica () Gazes/Compressas
() Outros: _____

III - Processo de trabalho assistencial da gerência do cuidado

1. Caracterização do quadro clínico na admissão

Idade:____, Hora da Admissão: ____;____, Hora do Trauma:____;____, Gênero: ()M ()F

()FR=____,PA=____,FC=____,

Escala de Coma de Glasgow=____

Localização da lesão_____

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO POR NÚMERO

1. Ferimento corto-contuso
2. Abrasão
3. Hematoma
4. Contusão
5. Deformidade
6. Fratura exposta
7. Ferimento / arma de fogo
8. Ferimento / arma branca
9. Queimadura por calor
10. Queimadura por frio
11. Edema
12. Amputação
13. Avulsão
14. Dor

Fonte: ATLS, 2005

Avaliação Primária e Reanimação

2. Abordagem das Vias Aéreas/ Proteção da Coluna Cervical (Sim/Não)

[] Avaliou permeabilidade das vias aéreas.Profissional:_____

[] Monitorização. Prof.: _____

[] Proteção da coluna cervical.Prof.: _____

[] Manobras manuais de abertura das vias aéreas. Prof.: _____

[] Inserção da cânula orofaríngea (tipo guedel). Prof.: _____

[] Aspiração de vias aéreas. Prof.:_____

[] Promoção de ventilação utilizado ambú. Prof.:_____

[] Cateter de Oxigênio. Prof.:_____

[] Máscara de oxigênio____l/min_____ Prof.:_____

[] Auxiliou a Entubação oro/nasotraqueal. Prof.:_____

[] Auxiliou a Cricotireoidostomia/Tráqueo. Prof.:_____

3. Abordagem ventilação/respiração (Sim/Não)

[] Exposição do tórax do paciente. Prof.:_____

[] Avaliou as condições ventilatórias. Prof.:_____

[] Providencia o material/equipamento e auxilia na ventilação mecânica. Prof.:_____

[] Providencia o material/equipamento e auxilia na toracotomia de alívio. Prof.:_____

[] Providencia o material/equipamento e auxilia a drenagem torácica. Prof.:_____

4. Abordagem Circulatória-controle do choque/hemorragia externa (Sim/Não)

[] Avaliou os sinais e sintomas de choque. Prof.:_____

- ☐ Identifica pontos de sangramento. Prof.: _____
- ☐ Promove a compressão direta do sangramento. Prof.: _____
- ☐ Acesso venoso. Prof.: _____
- ☐ Coleta de sangue. Prof.: _____ ☐ Tipo e Rh ☐ Hemograma ☐ Bioquímica
- ☐ Gasometria. Prof.: _____
- ☐ Alcoleemia. Prof.: _____ ☐ Instala fluidos EV. Prof.: _____
- ☐ Instala sangue EV. Prof.: _____ ☐ Realiza a autotransfusão. Prof.: _____
- ☐ Sondagem vesical de demora. Prof.: _____
- ☐ Sondagem oro/nasogástrica. Prof.: _____
- ☐ Medidas de RCP. () Ventilação, prof.: _____ () Massagem, prof.: _____
() Desfibrilação, prof.: _____ () Drogas, prof.: _____

Horário Início: __: __

Horário Término: __: __

5. Abordagem Neurológica (Sim/Não)

- ☐ Realizou a Avaliação Neurológica, prof.: _____

6. Exposição do paciente (Sim/Não)

- ☐ Exposição completa do paciente, prof.: _____
- ☐ Controlar a hipotermia, prof.: _____ ☐ Fluidos EV aquecidos, prof.: _____
- ☐ Cobertores, prof.: _____ ☐ Manta térmica, prof.: _____

7. Avaliação Secundária (Sim/Não)

- ☐ Obtenção de dados do paciente/trauma com acompanhantes, prof.: _____
- ☐ Exame físico completo, prof.: _____
- ☐ Coleta de sangue, prof.: _____ ☐ Coleta urina rotina, prof.: _____
- ☐ Raio X. Avalia as condições de transporte, prof.: _____

Realiza o transporte, prof.: _____ Posiciona o paciente, prof.: _____

- ☐ JCT. Avalia as condições de transporte, prof.: _____

Realiza o transporte, prof.: _____ Posiciona o paciente, prof.: _____

- ☐ JUS, prof.: _____

- ☐ Outros Exames Diagnósticos, prof.: _____

- ☐ Monitorização Sinais Vitais, Prof.: _____

- ☐ Controle de líquidos drenados pelas sondas, prof.: _____ Registro, prof.: _____

- ☐ Realiza o registro de enfermagem, prof.: _____

- ☐ Higiene Corporal, Prof.: _____

- ☐ Troca de roupas do leito, Prof.: _____

- ☐ Curativo, Prof.: _____

- ☐ Enfaixamentos, Prof.: _____

IV – Saída da Sala de Trauma

1. Ações em situação de saída da sala de trauma (Sim/Não)

Horário da Saída: __: __

- [] Avaliação das condições fisiológicas do paciente.Prof.:_____
- [] Passagem do plantão para equipe que prosseguirá o caso.Prof.:_____
- [] Preparação para o transporte.Prof.:_____
- [] Realização do transporte.Prof.:_____
- [] Realiza a transferência do paciente no SIGH.Prof.:_____
- [] Informação ao acompanhante do paciente.Prof.:_____
- 2.Ações em situação de óbito: horário do óbito_____
- [] Identificação do óbito.Prof.:_____
- [] Atestou o óbito.Prof.:_____
- [] Informação ao controle de leitos.Prof.:_____
- [] Informação aos familiares/responsáveis.Prof.:_____
- [] Preparação do corpo.Prof.:_____ [] Transferência do corpo.Prof.:_____

Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Paciente)

Meu nome é Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo, sou aluna da pós-graduação da EERP/USP. Estou realizando uma pesquisa para conhecer melhor o cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes traumatizados, que são admitidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Faz parte do estudo observar o cuidado prestado pelo enfermeiro nas primeiras quatro horas de atendimento a você, as observações serão registradas num diário de campo.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, tudo que for observado e registrado será mantido em sigilo, e utilizado somente para esse tipo de estudo e você não será identificado em momento algum. Mesmo depois de iniciarmos a observação do atendimento, você poderá desistir a qualquer momento, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade para participar. Se isto acontecer, de modo algum você será prejudicado em seu atendimento na Unidade de Emergência.

Esclarecemos que a pesquisa não implica em risco para você. Ao aceitar participar desse estudo você estará contribuindo para que se saiba mais sobre o tipo de cuidado de enfermagem aos pacientes traumatizados, e com isso, os profissionais poderão ajudar melhor você e outros pacientes que venham a sofrer esse mesmo tipo de problema de saúde. Os resultados serão publicados para outros pesquisadores ou em congresso, sem sua identificação.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia assinada deste termo, onde consta o telefone da pesquisadora e sua orientadora, podendo tirar dúvidas a respeito do projeto e da participação no mesmo a qualquer momento.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo

Assinatura da pesquisadora: _____

Endereço : Rua Prudente de Moraes, 1713, apt 71, Ribeirão Preto - SP

Fone para contato: (16) 39312651 ou (16) 96013722

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2009.

Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Familiar)

Meu nome é Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo, sou aluna da pós-graduação da EERP/USP. Estou realizando uma pesquisa para conhecer melhor o cuidado de enfermagem oferecido aos pacientes traumatizados, que são admitidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Visto que o paciente pelo qual o(a) senhor(a) é responsável, está em condição bastante fragilizada, solicitamos sua autorização para observar o cuidado prestado pelo enfermeiro nas primeiras quatro horas de atendimento ao seu familiar, as observações serão registradas num diário de campo. Tudo que for observado e registrado será mantido em sigilo, e utilizado somente para esse tipo de estudo e seu familiar não será identificado em momento algum.

Mesmo depois de iniciarmos a observação do atendimento, você poderá desistir a qualquer momento, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade para participar. Se isto acontecer, de modo algum seu familiar será prejudicado em seu atendimento na Unidade de Emergência.

Esclarecemos que a pesquisa não implica em risco para você ou seu familiar. Ao aceitar participar desse estudo você estará contribuindo para que se saiba mais sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes traumatizados, e com isso, os profissionais poderão ajudar melhor seu familiar e outros pacientes que venham a sofrer esse mesmo tipo de problema de saúde. Os resultados serão publicados para outros pesquisadores ou em congresso, sem sua identificação.

Diante do exposto, eu responsável por _____ autorizo-o(a) a participar desse estudo, sendo que a sua participação é inteiramente voluntária e ele(a) está livre para em qualquer momento desistir da participação, sem prejuízo para ele(a). Eu recebi uma cópia assinada deste termo, onde consta o telefone da pesquisadora, podendo tirar dúvidas a respeito do projeto e da participação no mesmo a qualquer tempo.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Pesquisadora: Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo, Assinatura _____

Endereço: Rua Prudente de Moraes, 1713, apt 71, Ribeirão Preto - SP.

Fone para contato: (16) 39312651 ou (16) 96013722

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2009.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista N.º ____ Data: _____

Parte A - Dados de Identificação

1. Ano em que concluiu a graduação em enfermagem: _____
2. Há quanto tempo você trabalha na área de urgência e emergência hospitalar?
_____ anos _____ meses
3. Você tem pós-graduação na área de urgência e emergência?(S/N) ()
Se sim, qual? () especialização () mestrado () doutorado
4. Você realizou outros cursos na área de urgência e emergência? ()
Se sim, qual? () ATLS () BLS () ACLS () PALS () outro: _____

Parte B - Dados relativos à experiência profissional no cenário de estudo

Considerando o caso observado, por favor, comente:

- 1- Neste atendimento o que foi “relevante” no tocante ao acesso do paciente à sala de trauma?
- 2- Qual a sua percepção sobre o contexto da unidade no momento da admissão do paciente?(nº de pacientes e complexidade)
- 3- Como foi realizado a organização da unidade do paciente?(gerenciamento de materiais e equipamentos)
- 4- Considerando o caso observado o que você priorizou na assistência ao paciente?
- 5- Como foi o desempenho da equipe de enfermagem?
- 6- Como foi o desempenho da equipe de saúde?
- 7- O que você priorizou na gerência?
- 8 – Você gostaria de acrescentar alguma consideração?

Orientação ao entrevistado

Como aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação – Mestrado – Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Lucieli D. P. Chaves, venho através deste solicitar a V^a. S^a., colaboração para responder as questões abaixo acerca de suas atividades profissionais. As informações serão utilizadas com vistas ao desenvolvimento de nosso projeto de pesquisa intitulado “A gerência do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática”, com o objetivo de: caracterizar a abordagem do ATLS dispensada pela equipe de saúde aos agravos traumáticos de alta complexidade nas primeiras quatro horas de atendimento na sala de urgência e descrever as ações do enfermeiro relativas à gerência do cuidado na perspectiva das atividades de coordenação, planejamento e provimento de recursos, no âmbito da unidade de trauma. Consideramos que as análises resultantes deste estudo trarão subsídios relevantes para o ensino de graduação quanto à prática profissional do enfermeiro, particularmente no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidades de emergência.

A entrevista que segue baseada em questões norteadoras, será gravada e as informações aqui contidas serão usadas exclusivamente com a finalidade de desenvolver o trabalho acima citado. Esteja à vontade para solicitar esclarecimentos ou complementar suas respostas.

Peço a gentileza de ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, caso concorde em ser entrevistado, o assine.

Agradeço sua colaboração.

Atenciosamente,

Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo
Pesquisadora

Termo de Consentimento Livre – Esclarecido (Enfermeiro)

Gostaríamos de convidar V.S^a a participar, como voluntário, do estudo científico intitulado “Gerência do cuidado de enfermagem em Unidade de Urgência Traumática”, sob responsabilidade da aluna de pós-graduação da EERP/USP, Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo, sob orientação da Prof. Dra. Lucieli D. P. Chaves.

Informamos que o objetivo deste estudo é caracterizar a prática do enfermeiro em uma unidade de trauma, no âmbito da gerência do cuidado em um hospital público de urgência e emergência no interior do Estado de São Paulo–SP. Acreditamos que os resultados possam trazer contribuições tanto para o ensino de graduação quanto à prática profissional do enfermeiro, particularmente no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidades de emergência.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, convidamos-lhe a responder uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro que consta de duas partes: caracterização do entrevistado e atividades de gerenciamento do cuidado. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora em horário e dia previamente agendado com os enfermeiros das unidades estudadas. As entrevistas têm duração estimada entre 20 e 45 minutos, serão gravadas e após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, será feita a análise do conteúdo de modo a preservar as opiniões emitidas pelos entrevistados. O material gravado e as transcrições na íntegra ficarão arquivados na EERP-USP, sob a guarda rigorosa da docente orientadora.

Esclarecemos que a pesquisa não implica em risco para os sujeitos participantes, a Divisão de Enfermagem do Hospital está ciente e de acordo com o desenvolvimento da pesquisa nos moldes propostos no projeto apresentado e o qual está sendo cumprido na íntegra. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone da pesquisadora e sua orientadora, podendo tirar dúvidas a respeito do projeto e da participação no mesmo a qualquer tempo.

Aos participantes há garantia do sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum para o seu trabalho e sua condição de servidor.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima, concordo que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e concordo livremente em responder a entrevista seguinte, e que recebi uma cópia assinada deste termo. Estando ciente e de acordo, assino o presente.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço: Rua Prudente de Moraes, 1713, apt 71, Ribeirão Preto - SP

Fone para contato: (16) 39312651 ou (16) 96013722

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2009.

Aprovação do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 23 de julho de 2008

Ofício nº 2676/2008
CEP/SPC

Prezada Senhora,

O trabalho intitulado **"GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE URGÊNCIA TRAUMÁTICA"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 270ª Reunião Ordinária realizada em 21/07/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8270/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ANA LÍDIA DE CASTRO SAJIORO AZEVEDO
PROFª. DRª. CLARICE APARECIDA FERRAZ
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP