**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA LÍDIA DE CASTRO SAJIORO AZEVEDO

**Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em
equipe de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar
de Urgências Traumáticas**

**RIBEIRÃO PRETO
2015**

ANA LÍDIA DE CASTRO SAJIORO AZEVEDO

Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe
de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de
Urgências Traumáticas

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em
Saúde

Orientador: Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Azevedo, Ana Lúcia de Castro Sajioro

Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas. Ribeirão Preto, 2015.

145 p. : il. ; 30 cm

Tese de de Doutorado, apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

1. Enfermagem em emergência. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Centros de Traumatologia. 4. Serviços Médicos de Emergência.

AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro

Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

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 por todas as vezes que vocês permitiram, ao invés de me pegar no colo, que eu me levantasse com meu próprio esforço*

*Ao meu grande parceiro, **Marcelo**, que compartilha todos os meus sonhos com muita paciência e carinho, dando-me apoio, entendendo as ausências e, mesmo diante das correrias e sufocos de conciliações, propiciou que eu acreditasse no meu potencial. Obrigada pelo apoio durante esta trajetória*

*À minha querida filha, **Laura**, que compreendeu os momentos em que era preciso me ausentar e, em outros, me fez parar e dar mais atenção a ela, me ensinando sempre a ser uma pessoa melhor*

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. Obrigada pelo carinho e pelas
oportunidades de crescimento profissional e pessoal.*

*À Drª Miyeko Hayashida e À Profª Drª Sílvia Camelo
que, com amizade e disponibilidade, esclareceram muitas dúvidas e apontaram valiosas
sugestões para o aprimoramento deste trabalho*

*À equipe de enfermagem da Unidade de Emergência do HCFMRP,
queridos amigos, pela valiosa contribuição de cada um de vocês, atribuindo valor a este
estudo. Vocês, que com muito carinho, tornaram as etapas menos árduas e muito agradáveis.*

*À Terezinha e Braz,
pelo apoio incondicional, disponibilidade e força nos inúmeros momentos em que precisei de
vocês junto à minha filha.*

*Às amigas Ana Carolina, Maria Elena e Vanessa,
pela disponibilidade e apoio constante, tanto nos momentos de risadas quanto nos de muito
trabalho.*

Aos meus irmãos, Ana Caroline e Felipe, que torcem pelo meu sucesso.

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

*À CAPES,
pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.*

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentando e esfria, aperta e
daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*
Guimarães Rosa

RESUMO

AZEVEDO, A. L. C. S. **Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas**:. 2015. 145 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O conhecimento do trabalho em equipe de assistência ao paciente, em unidade hospitalar de atendimento ao trauma, tanto no que se refere aos aspectos facilitadores quanto aos dificultadores desse processo, é imprescindível, diante da importância desse tipo de atendimento no contexto de atenção à saúde. Este estudo teve como objetivo analisar os aspectos que facilitam e dificultam o trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidade hospitalar de urgências traumáticas. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando a Técnica do Incidente Crítico. O estudo foi realizado em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo, SP. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista. Participaram 64 profissionais da equipe de assistência ao paciente da unidade. Os resultados evidenciaram 107 situações, sendo 56 positivas e 51 negativas, que envolveram 614 comportamentos e 267 consequências vinculadas ao trabalho em equipe na unidade. A análise dos incidentes relatados destacou que a dinâmica do trabalho em equipe é percebida como positiva no cenário. Os resultados evidenciam a necessidade de diferentes agentes dessa equipe realizarem ações integradas/articuladas e compartilhadas, nas quais sejam claras a noção de complementariedade de saberes em busca de objetivos comuns que atendam as necessidades imediatas de saúde do paciente politraumatizado. Os resultados também revelam que atendimentos aos pacientes, vítimas de trauma grave/moderado, facilitam a dinâmica do trabalho em equipe na unidade. Entende-se que isso pode decorrer de investimentos de políticas públicas e pelas diretrizes do Advanced Trauma Life Support, nos quais têm sido envidados esforços, capacitando profissionais, os quais reconhecem a finalidade que orienta o processo de trabalho e o atendimento de casos de alta gravidade com demanda imprevisível, que exigem alta tecnologia, pessoal com formação e competência técnica especializada para assistir, de forma integrada, articulada e assertiva, os casos. A integração, interação, articulação e comunicação entre a própria equipe e entre os diversos setores intra e extra-hospitalares favorecem a continuidade e integralidade do cuidado, bem como o produto final do processo de trabalho. É inegável a relevância e a clareza que os participantes dão ao trabalho em equipe nessa unidade, em especial as ações articuladas e integradas durante os atendimentos a politraumatizados graves/moderados. Fragilidades na articulação, integração e comunicação, bem como na imprevisibilidade da demanda e no despreparo de alguns profissionais foram destacados como dificultadores do trabalho em equipe no contexto da sala de trauma.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Centros de Traumatologia. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

AZEVEDO, A. L. C. S. **Facilitators and constraints** of the work in patient care team in a Hospital Emergency Trauma Unit. 2015. 145 p. Dissertation (Doctoral) - University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

The knowledge of work in patient care team, in a hospital trauma care unit, both regarding the facilitating aspects as well as the constraints of this process, is crucial, given the importance of this type of assistance in the health care context. This descriptive and quantitative study aimed to analyze the aspects that facilitate and hinder the work in patient care team in hospital emergency trauma unit, using the Critical Incident Technique. The study was conducted in a teaching hospital in the interior of the state of São Paulo, Brazil. Interview was used as data collection technique. In total, 64 professionals from the patient care team of the unit participated in study. Results evidenced 107 cases, of which 56 positive and 51 negative, involving 614 behaviors and 267 consequences linked to team work in the unit. The analysis of the reported incidents highlighted that the dynamics of team work is perceived as positive in the scenario. Results evidenced the need for different agents of the team to perform integrated/shared and coordinated actions, in which the concept of complementarity of knowledge in pursuit of common goals that meet the immediate health needs of polytrauma patients, is clear. Results also reveal that care provided to patients, victims of severe/moderate trauma, facilitate the dynamics of the team work in the unit. This may occur due to public policies' investments and due to the guidelines of the Advanced Trauma Life Support, in which efforts have been made to train professionals, who recognize the aim that guides the work process and the provision of care in high-severity cases with unpredictable demand, which require high technology, trained staff with specialized technical competence to assist cases in an integrated, coordinated and assertive way. The integration, interaction, coordination and communication among the team itself and among the various intra and extra-hospital sectors favor the continuity and comprehensiveness of care, as well as the final product of the work process. The relevance and clarity that participants give to the team work in this unit is undeniable, especially as to coordinated and integrated actions during care to severe/moderate polytrauma patients. Weaknesses in coordination, integration and communication, as well as demand unpredictability and the unpreparedness of some professionals were highlighted as constraints of the team work in the context of trauma center.

Keywords: Patient Care Team. Trauma Centers. Emergency Medical Services.

RESUMEN

AZEVEDO, A. L. C. S. **Aspectos facilitadores y dificultadores del trabajo en equipo de atención al paciente en Unidad Hospitalaria de Urgencias Traumáticas**:. 2015. 145 h. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El conocimiento del trabajo en equipo de atención al paciente, en unidad hospitalaria de atención traumatológica, tanto en lo que se refiere a los aspectos facilitadores como a los dificultadores de este proceso, es esencial, dada la importancia de este tipo de atención en el contexto de la atención a la salud. Este estudio descriptivo y cuantitativo tuvo como objetivo analizar los aspectos que facilitan y dificultan el trabajo en equipo de atención al paciente en unidad hospitalaria de urgencias traumáticas, utilizando la Técnica del Incidente Crítico. El estudio fue realizado en un hospital universitario en el interior del estado de São Paulo, Brasil, y utilizó la entrevista como técnica de recolecta de datos. Participaron 64 profesionales del equipo de atención al paciente de la unidad. Los resultados mostraron 107 situaciones, de las cuales 56 positivas y 51 negativas, que involucraron 614 comportamientos y 267 consecuencias vinculadas al trabajo en equipo en la unidad. El análisis de los incidentes reportados destacó que la dinámica de trabajo en equipo es percibida como positiva en el escenario. Los resultados evidencian la necesidad de que los diferentes agentes de este equipo realicen acciones integradas/coordinadas y compartidas, en las que sea claro el concepto de complementariedad de saberes en la búsqueda de objetivos comunes que satisfagan las necesidades inmediatas de salud del paciente politraumatizado. Los resultados también revelan que la atención a los pacientes, víctimas de trauma severo/moderado, facilitan la dinámica del trabajo en equipo en la unidad. Se entiende que esto puede ser debido a las inversiones de políticas públicas y por las directrices del Soporte Vital Avanzado de Trauma, en los que se han implicado esfuerzos, capacitando profesionales, que reconocen el propósito que guía el proceso de trabajo y el tratamiento de los casos de alta gravedad con demanda impredecible, lo que requiere alta tecnología, personal capacitado y con competencia técnica especializada para cuidar a los casos de forma integrada, coordinada y asertiva. La integración, interacción, coordinación y comunicación entre el equipo en sí y entre los diversos sectores intra y extra-hospitalarios favorecen la continuidad e integralidad de la atención, así como el producto final del proceso de trabajo. No se puede negar la pertinencia y claridad que los participantes dan al trabajo en equipo en esta unidad, sobre todo las acciones coordinadas e integradas durante la atención a pacientes con politraumas severos/moderados. Las deficiencias en la coordinación, integración y comunicación, así como la imprevisibilidad de la demanda y la falta de preparo de algunos profesionales son realizadas como dificultadoras del trabajo en equipo en el contexto de los Centros Traumatológicos.

Palabras clave: Grupo de Atención al Paciente. Centros Traumatológicos. Servicios Médicos de Urgencia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos profissionais de saúde participantes da sala de trauma, segundo idade, sexo, categoria profissional, ano de formação, tempo de atuação na unidade. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	69
Tabela 2 -	Distribuição das categorias de situações positiva e negativa, referentes ao trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	70
Tabela 3 -	Distribuição das categorias de comportamentos positivo e negativo, referentes ao trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	74
Tabela 4 -	Distribuição das subcategorias de comportamentos positivo e negativo, referentes ao cuidado de saúde no trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	77
Tabela 5 -	Distribuição das subcategorias de comportamentos positivo e negativo, referentes à interação dos agentes no trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	80
Tabela 6 -	Distribuição das subcategorias de comportamentos positivo e negativo, referentes à comunicação no trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	82
Tabela 7 -	Distribuição das categorias de consequências positiva e negativa, referentes ao trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	85

Tabela 8 –	Distribuição das subcategorias de consequências positiva e negativa, referentes à equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	87
Tabela 9 –	Distribuição das subcategorias de consequências positiva e negativa, referentes ao paciente, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	89
Tabela 10 –	Distribuição das subcategorias de consequências positiva e negativa, referentes ao serviço, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
APS	Atenção Primária à Saúde
ATLS	Advanced Trauma Life Support
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BLS	Basic Life Support
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRM	Central de Regulação Médica
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PHTLS	Pre Hospitalar Trauma Life Support
QualiSUS	Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SBAIT	Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Trauma
SCIELO	Scientific Eletronic Library On Line
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TIC	Técnica do Incidente Crítico

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
2.1	Contextualizando as Urgências Traumáticas.....	21
2.2	O trabalho em equipe de assistência ao paciente de trauma.....	32
3	JUSTIFICATIVA.....	44
4	OBJETIVOS.....	47
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	49
5.1	Processo de Trabalho em Saúde: uma aproximação ao referencial de Mendes Gonçalves na perspectiva do trabalho em equipe.....	50
6	MATERIAL E MÉTODO.....	56
6.1	Natureza do estudo.....	57
6.2	Cenário do estudo.....	58
6.3	Participantes da pesquisa.....	60
6.4	Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	61
6.5	Procedimentos éticos.....	66
7	RESULTADOS.....	67
7.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	68
7.2	Apresentação dos incidentes críticos.....	70
7.2.1	Identificação das situações.....	70
7.2.2	Identificação dos comportamentos.....	73
7.2.3	Identificação das consequências.....	85
8	DISCUSSÃO.....	94
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
	REFERÊNCIAS.....	117
	APÊNDICES.....	133
	ANEXO.....	144

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema urgência e emergência surgiu inicialmente durante a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), posteriormente, tendo continuidade na escolha e realização de uma especialização em Urgência e Emergência Clínico-Cirúrgica, modalidade residência, na referida instituição. Ante as reflexões decorrentes do curso de especialização, investi esforços para minha inserção no cenário da urgência e emergência hospitalar. Aprovada em concurso público para o cargo de enfermeira no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP), na escolha de vaga para ocupação do cargo, pude optar pela sala de urgência, o que permitiu consolidar experiências, ampliar conhecimentos, desenvolver práticas assistenciais, gerenciais e de ensino com alunos de graduação em enfermagem.

Em consonância a esses anos de prática hospitalar, dediquei esforços para me inserir no cenário universitário. No ano 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 profissional 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 hospitalar.

No mestrado consolidei a percepção acerca da realidade, aprimorei a compreensão sobre a complexidade do gerenciamento do cuidado em sala de trauma, bem como a importância da equipe de enfermagem e de saúde nesse serviço. Os resultados da dissertação intitulada “Gerenciamento do cuidado de enfermagem em urgências traumáticas” evidenciaram que a prática do enfermeiro na sala de trauma distancia-se da concepção de gerenciamento burocrático e aproxima-se da concepção de gerenciamento do cuidado, que articula a dimensão assistencial e gerencial, compreende ações de cuidado de maior complexidade, atividades de gerenciamento de recursos materiais e humanos, articulação com a equipe de saúde e diferentes setores do hospital, todas convergindo para benefício do paciente.

Os resultados também evidenciaram que, naquela época o cotidiano do

trabalho era permeado por fragilidades na articulação, integração e comunicação da equipe de assistência ao paciente, de modo que surgiram inquietações acerca desse trabalho coletivo e a necessidade de aprofundar as investigações acerca dessa temática, considerando a especificidade do contexto da Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas.

O interesse em dar continuidade às investigações científicas e a necessidade de responder as inquietações acerca do trabalho em equipe de assistência ao paciente, no cenário hospitalar das urgências traumáticas, motivaram o ingresso em curso de pós-graduação, nível doutorado, para conhecer os aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe de assistência ao paciente.

Com base nessas experiências, por mim vivenciadas, no ano 2011, iniciei consultoria técnica no projeto intitulado “Qualificação de profissionais de enfermagem na Rede de Assistência às Urgências”, junto ao Ministério da Saúde. Essa atividade, além de favorecer o desenvolvimento de levantamentos bibliográficos sobre a temática, veio aprimorar os conhecimentos e percepções acerca das competências do enfermeiro no contexto da Política Nacional de Redes de Atenção em Saúde e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Mais recentemente, tenho vivido o desafio profissional de gerenciar uma clínica de cirurgias. Nesse sentido, surgiu a necessidade do trabalho em equipe, a fim de somar esforços e alcançar objetivos que não seriam alcançados individualmente, além de integrar saberes e profissões para assegurar a atenção integral aos indivíduos. Nessa equipe interdisciplinar, tenho aprimorado a percepção sobre o trabalho em equipe, haja vista que me responsabilizo pela definição do perfil profissional adequado à clínica, por meio de recrutamento, seleção, capacitação e operacionalização do trabalho coletivo, centrado em conhecimentos, objetivos e responsabilidades compartilhadas, bem como na articulação de distintas competências para atender as necessidades do usuário em sua integralidade.

Hoje entendo que a investigação acerca do trabalho em equipe na atenção hospitalar traz contribuições relativas à assistência e à gerência, não restritas ao campo de estudo, mas permite visão ampliada acerca dos aspectos que permeiam o trabalho em saúde.

A tese que apresento a seguir está delineada com introdução ao tema, revisão bibliográfica atualizada, justificativa, objetivos, referencial teórico, material e método, resultados, discussão, considerações finais, referências, apêndice e anexo.

1. INTRODUÇÃO

A fim de caracterizar o trabalho da equipe de assistência ao paciente de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências traumáticas, apresentam-se algumas considerações a respeito do cenário, da organização desse trabalho, bem como dos seus espaços, agentes e práticas.

As mudanças sociais, econômicas e políticas, como o desemprego, a marginalização e o desenvolvimento automobilístico, elevou o número de acidentes e violências no Brasil, assim as urgências traumáticas constituem-se na terceira causa de mortalidade geral no país e, além de gerar altos custos diretos e indiretos com a assistência, configura-se como atual e importante problema de saúde pública (DI CREDO; FELIX, 2012; BRASIL, 2012a, SALVADOR et al., 2012).

O atendimento às urgências traumáticas deve integrar serviços que prestem cuidados desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação, de acordo com a complexidade e necessidade de cuidados das vítimas, buscando, assim, adequar a utilização dos recursos e oferecer ao traumatizado assistência adequada e qualificada (DOMINGUES, 2013).

Nesse sentido, a atenção às vítimas de acidentes e violências requer, de forma complexa, a articulação dos serviços intra e extra-hospitalares para que, nas unidades hospitalares, a estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados possam garantir a resposta a tal demanda e minimizar as sequelas decorrentes desses agravos.

A dinâmica de funcionamento dos serviços hospitalares de atendimento às urgências traumáticas é permeada por imprevisibilidades e instabilidades, aliadas à gravidade dos casos. Desse modo, torna-se necessário apreender como se dá a organização do trabalho nessas unidades, bem como seus agentes/instrumentos e relações, a fim de atender os usuários vítimas de trauma, em situações agudas e graves.

Diante da especificidade da dinâmica do trabalho em unidades de emergência, alguns estudos salientam a importância de ser ampliado o conhecimento a respeito da organização desse trabalho, considerando-se a complexidade e as especificidades dos atendimentos, a necessidade de atuação coletiva e a tomada de decisão rápida, visto que indica a presença de organização própria do processo de trabalho (BATISTA; BIANCHI, 2006; DESLANDES, 2002; GARLET et al., 2009; LIMA; ERDMANN, 2006; MAGNAGO, 2002; MARQUES; LIMA, 2007).

O trabalho é um processo de mediação entre o homem e a natureza, definido como uma atividade orientada a um fim, na qual o trabalhador orientado por essa finalidade, conscientemente, transforma a natureza e também a si mesmo por meio de um conjunto de procedimentos. A organização desse processo constitui-se dos seguintes elementos: o objeto de trabalho, os meios e instrumentos do trabalho e a atividade adequada a um fim (FELLI; PEDUZZI, 2010; MARX, 1994; MENDES GONÇALVES, 1992).

O foco dessa investigação foi o trabalho em equipe de assistência ao paciente na unidade hospitalar de urgências traumáticas, em uma aproximação ao referencial de processo de trabalho em saúde. Esse cenário tem como finalidade o atendimento a usuários vítimas de traumas de alta complexidade, onde um conjunto de procedimentos/ações são realizadas pelos agentes da equipe de assistência ao paciente, por intermédio dos seus conhecimentos e habilidades sobre as necessidades humanas do usuário.

No processo de trabalho em saúde, as relações entre objeto, meios e instrumentos são articuladas e as ações desenvolvidas constituem um trabalho coletivo, no qual diversas categorias profissionais, com atividades interdependentes e complementares, são necessárias para a organização específica e própria do trabalho, tendo como finalidade a ação terapêutica de saúde (MENDES GONÇALVES, 1994).

O trabalho em equipe, na área da saúde, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo, em que várias categorias profissionais com saberes complementares desenvolvem ações integradas e articuladas entre si em busca de um projeto assistencial comum.

Reconhecida como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, o trabalho em equipe, requer instrumentos que possibilitem a construção e consolidação de espaços de troca entre os profissionais, usuários e serviços, além de manter a autonomia, o envolvimento e o compromisso em busca da finalidade do processo (PEDUZZI et al., 2011).

Em relação às unidades hospitalares de atendimento, as urgências traumáticas, em função da complexidade dos atendimentos, da premência de tempo, que é determinante para a evolução dos casos, da necessidade de atendimento rápido e ágil, bem como da tomada de decisões, torna-se visivelmente necessária à integração das diversas categorias profissionais em equipes de trabalho que

desenvolvam ações articuladas e sincronizadas em busca de um objeto comum, que seja a qualidade na atenção integral às necessidades de saúde do paciente.

A organização dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho em equipe de assistência ao paciente, constitui o eixo central do atendimento às urgências traumáticas. Apreender aspectos que favorecem e dificultam esse processo pode possibilitar o entendimento do modo como os profissionais estão inseridos e se relacionam nesse contexto de trabalho, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas e ações de intervenção no serviço estudado.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Contextualizando as Urgências Traumáticas

No Brasil, a partir dos anos 80, o movimento sanitário preconizou a necessidade de repensar e reconstruir o modelo de atenção, buscando um conceito amplo de saúde que direcionasse a intervenção em resposta às necessidades de saúde dos sujeitos, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas, também, atuando sobre a reabilitação em todos os seus aspectos.

Para isso, tem sido necessário pensar/implementar um modelo de atenção integral à saúde que consiga melhorar e humanizar o acesso, aumentar o vínculo/responsabilização profissional de saúde, usuário, implementar o trabalho em equipe de assistência à saúde e à prática clínica cuidadora, aumentar a qualidade da atenção, garantir a profissionalização e democratização dos serviços, efetivar a articulação em rede, garantir a participação da sociedade/controle dos usuários, além de aumentar a resolubilidade, a eficiência e a efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Sabe-se que esse modelo não está concretizado, mas contempla diretrizes de reordenamento do modelo de atenção que se constrói em um processo de avanços e retrocessos.

Uma questão relevante no país é a atual situação de transição demográfica acelerada, com forte predomínio de condições crônicas em decorrência do envelhecimento da população, além de elevada incidência de urgências traumáticas, decorrentes dos acidentes e violência urbana. Essa soma do perfil demográfico e epidemiológico são relevantes na crise do sistema público de saúde no Brasil. O sistema de saúde encontra-se fragmentado, operando com pouca coordenação, de forma episódica e reativa, voltando-se principalmente para a atenção às condições agudas e à agudização de condições crônicas (COLEMAN; WAGNER, 2008; DI CREDO, FELIX, 2012; MENDES, 2011; REICHENHEIM et al., 2011).

Muitos estudos apontam a desorganização das unidades de urgência e emergência na maioria dos Estados e municípios do país. Dentre os aspectos mais destacados está o problema da superlotação, número insuficiente de profissionais capacitados e devidamente treinados para assistência qualificada, além do excesso

de demanda não qualificada, falta de recursos financeiros, estrutura física inadequada, ausência de leitos de retaguarda, planejamento insuficiente e desorganização da rede assistencial (BITTENCOURT, HORTALE, 2009; DI CREDO; FELIX, 2012; MENDES, 2011; O'DWYER, 2010; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA; 2009; SETTERVALL et al. 2012;).

No ano 2002, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), solicitou uma pesquisa de opinião acerca da saúde dos brasileiros. Os resultados indicaram que os principais descontentamentos da população dizia respeito aos serviços de emergência. A partir desse estudo, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (QualiSUS), que contempla um conjunto de ações para garantir maior conforto ao usuário, classificação de risco dos usuários, atenção mais efetiva dos profissionais da saúde e menor tempo de permanência hospitalar (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu medidas para qualificar serviços de atenção à saúde, priorizando os serviços de urgência e emergência, por meio de mudanças nas relações profissionais e usuários, incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, que viabilizem o acesso aos serviços de urgência e emergência hospitalar com garantia de acolhimento, da primeira atenção qualificada e resolutiva, da estabilização das funções vitais e da referência e contrarreferência adequada dos pacientes graves (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010; SILVA, MATSUDA, 2012).

Outra importante medida para superar as dificuldades, ordenar e regular os serviços de urgência no Sistema Único de Saúde (SUS) foi a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003. Dentre as principais estratégias destaca-se a instituição do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) e as Centrais de Regulação Médica (CRM) com perspectivas para integrar e estruturar vários serviços, além de qualificar o fluxo de pacientes na rede de atenção às urgências (O'DWYER, 2010).

Apesar das estratégias, medidas e avanços do Ministério da Saúde para superar a crise do sistema de saúde, em especial dos serviços de atendimento às urgências e aumentar a resolubilidade, eficiência e efetividade dos serviços de saúde, as dificuldades e problemas persistem em todo o país.

Para Mendes (2011), essa crise só será superada com a substituição do

sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde, sem hierarquização de serviços, 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.

Nesse sentido, a partir da necessidade de superar o modelo fragmentado das ações e serviços de atenção à saúde voltado para as condições agudas, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

O objetivo da RAS é superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, além de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo trabalho em equipe caracterizado pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010a).

Buscando a implementação das RAS no SUS, o Ministério da Saúde definiu como compromissos prioritários de governo a organização das redes temáticas: Atenção Obstétrica e Neonatal, Atenção às Urgências (RAU), Atenção Psicossocial, Atenção às Condições e Doenças Crônicas e Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, uma alternativa foi a implantação da RAU que, atualmente, está denominada Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Embora a proposta de rede seja mais recente, considerando a

importância da área de urgência e emergência, enquanto componente da atenção à saúde, o aumento da morbimortalidade por acidentes de trânsito, violência e doenças do aparelho circulatório, bem como a insuficiente estruturação da rede assistencial, o Ministério da Saúde, desde 1995, tem investido esforços para organizar os serviços de atendimentos às urgências.

O Quadro 1 sumariza as normativas publicadas, permitindo visualizar o conjunto de medidas que vêm sendo progressivamente adotadas.

PORTARIAS	CONTEÚDO
Portaria 1.692/1995 (BRASIL, 1995)	Institui o índice de valorização hospitalar de emergência
Portaria 2.923/1998 (BRASIL, 1998)	Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência
Portaria 479/1999 (BRASIL, 1999a)	Revoga a portaria anterior e altera os mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, os critérios para classificação dos hospitais no sistema e a remuneração adicional
Portaria 824/1999 (BRASIL, 1999b)	Cria as normas para o atendimento pré-hospitalar
Portaria 814/2001 (BRASIL, 2001)	Revoga a portaria anterior e estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e normaliza o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência
Portaria 2.048/2002 (BRASIL, 2002)	É aprovado o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência
Portaria 1.863/2003 (BRASIL, 2003a)	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Estabelece que a referida política será composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais organizadas e, ainda, que deverá ser instituída a partir dos componentes fundamentais estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência
Portaria 1.864/2003 (BRASIL, 2003b)	Institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação do Samu, suas centrais de regulação e seus núcleos de educação em urgência
Portaria 2.072/2003 (BRASIL, 2003c)	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências
Portaria 1.828/2004 (BRASIL, 2004a)	Institui o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo território nacional
Portaria 2.420/2004 (BRASIL, 2004b)	Constitui Grupo Técnico – GT, visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS para abordagem dos episódios de morte súbita
Portaria 2.657/2004 (BRASIL, 2004c)	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192
Portaria 1.600/2011 (BRASIL, 2011a)	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a RAU
Portaria 1.601/2011 (BRASIL, 2011b)	Estabelece diretrizes para implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto dos serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências
Portaria 2.395/2011 (BRASIL, 2011c)	Organiza o Componente Hospitalar da RAU no âmbito do SUS
Portaria 2.338/2011 (BRASIL, 2011d)	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização da RAU

continua...

Portaria 2.820/2011 (BRASIL, 2011e)	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências
Portaria 2.952/2011 (BRASIL, 2011f)	Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde
Portaria 2.994/2011 (BRASIL, 2011g)	Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
Portaria 665/2011 (BRASIL, 2011h)	Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC
Portaria 1.663/2012 (BRASIL, 2012b)	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgência e Emergência (RUE)
Portaria 1.366/2013 (BRASIL, 2013)	Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma RUE, no âmbito do SUS
Portaria 104/2014 (BRASIL, 2014)	Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e do conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares da RUE, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal

conclusão.

FONTE: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007; Ministério da Saúde, 2014.

Quadro 1 - Portarias instituídas pelo Ministério da Saúde relativas à organização e sistematização dos serviços de urgência e emergência

No ano 2011, o Ministério da Saúde elencou como um dos compromissos prioritários a RAU, conforme consta da Portaria 1.600/GM, de 7 de julho de 2011. Essa Portaria institui a RAU e reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, revogando a Portaria 1.863/GM, de setembro de 2003.

A Portaria institui que usuários com quadros agudos devem ser atendidos em todas as portas de entrada de serviços de saúde do SUS, transferindo-os para serviços de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais, formando elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. Ressalta, também, a necessidade de considerar o perfil epidemiológico brasileiro. A RUE tem como prioridade as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (BRASIL, 2012b, 2011a).

A proposta da RAU se configura pelos componentes: promoção,

prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, serviço de atendimento móvel de urgência e suas centrais de regulação médica, sala de estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, unidades de pronto atendimento e o conjunto de serviços 24 horas, hospitalar e atenção domiciliar.

Os componentes da RAU têm a finalidade de articular e integrar, no âmbito do SUS, todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna e deve ser implementado gradativamente, em todo território nacional, respeitando critérios epidemiológicos e de densidade populacional (BRASIL, 2012b, 2011a).

O componente hospitalar da RAU, no âmbito do SUS, foi normatizado pela Portaria 2.395/2011, que estabeleceu critérios de qualificação dos serviços hospitalares, dentre os principais estão: estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, clínico e de procedimentos administrativos no hospital, implantação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco, articulação ao Samu, UPAs e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados por meio das Centrais de Regulação Médica (BRASIL, 2011b).

O componente hospitalar de atendimento às urgências tem a finalidade de receber e atender, de modo adequado e eficiente, os pacientes que chegam em estado grave, a fim de reduzir o risco de complicações e atingir o restabelecimento de suas funções vitais, também responsabilizam-se por acolher os casos não urgentes e referenciá-los para o componente adequado, sempre dentro de uma estrutura que proporcione condições para esse atendimento.

Dentro dessa lógica, aos hospitais cabe a resolução das condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas. A densidade tecnológica desses serviços deve ser compatível e com vistas à manutenção da qualidade, sendo de fundamental importância a adequada gestão de meios (recursos humanos, materiais e financeiros) e investimentos na introdução de tecnologias de gestão, por meio da implantação de diretrizes com base em evidências (MENDES, 2011).

Faz-se necessário que os hospitais integrantes das RAS executem funções diferenciadas em relação aos hospitais inseridos nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, de modo que devem estar inseridos,

sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde.

Importante destacar que a Portaria 2.395/2011 inclui também a necessidade de equipe multiprofissional compatível com os serviços, implantação de mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar, assegurando retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a RAU em sua região, garantindo o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação. Um dos critérios que chama a atenção é a organização do trabalho em equipe multiprofissional de forma horizontal e o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação (BRASIL, 2011b).

Diante do exposto, as inúmeras estratégias e portarias que compõem a RAU têm como intuito superar a crise dos serviços de atendimento às urgências, por meio da ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários, e, considerando o perfil epidemiológico e suas devidas prioridades, propõe a articulação de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, bem como a qualificação de recursos humanos com organização do trabalho em equipe.

O Ministério da Saúde, considerando o perfil epidemiológico do Brasil que aponta para crescimento da mortalidade e morbidade por causas externas, bem como para os grandes prejuízos financeiros e sociais decorrentes dos traumas, elegeu a Linha de Cuidado ao Trauma como componente prioritário de atenção na RUE. No ano 2013, normatizou a Portaria 1.366/2013 que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da RUE no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Os Centros de Trauma são estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma. Esses têm como objetivo a melhoria do atendimento aos pacientes vítimas de trauma, com consequente redução da morbidade e mortalidade, universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas (BRASIL, 2013).

A Portaria 1.366/2013 institui diretrizes para os Centros de Trauma,

dentre essas se destacam a organização da rede de atenção ao paciente vítima de trauma, com abrangência definida e definição de níveis de atenção, a disponibilidade de acesso rápido ao paciente vítima de trauma aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao seu atendimento, a racionalização do custo pela concentração do atendimento ao paciente vítima de trauma nesses Centros, a qualificação e a universalização do atendimento à vítima de trauma (BRASIL, 2013).

As urgências traumáticas compreendem um conjunto de agravos à saúde que podem levar ao óbito e a sequelas incapacitantes, incluem os acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e as violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos). Esse conjunto de agravos figura-se da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob a denominação de Causas Externas (BRASIL, 2010b).

No Brasil, a rápida e expressiva elevação da morbimortalidade por acidentes e violência acompanhou o processo de urbanização do país, a partir dos anos 80, constituindo-se em um dos pontos mais significativos da transição epidemiológica. Em estudo recente, as causas externas correspondem à terceira causa mais frequente de morte na população geral, passando a ocupar a primeira posição quando se analisa o grupo de indivíduos entre 1 e 39 anos de idade, sendo que, nessa faixa etária, se encontra a maior parcela da população economicamente ativa (BRASIL, 2012a).

Partindo da importância epidemiológica que o trauma adquiriu, a partir da década de 80, em estudo realizado por FRAGA et al. (2012), observou-se aumento significativo das taxas de publicação da área de trauma ao longo dos últimos 14 anos no Brasil. Muitos estudos epidemiológicos foram realizados e os resultados destacam que o trauma é a terceira causa de mortalidade geral no país, responsável por 125 mil mortes/ano, 400 mil sequelas definitivas, altos custos diretos e indiretos com a assistência, perfazendo valor superior à dívida externa do país, e, ainda, constitui problema de saúde em consequência das mudanças sociais, econômicas e políticas, como o desemprego, a marginalização e o desenvolvimento automobilístico (BRASIL, 2012a; DI CREDO; FELIX, 2012; GULA, 2012; IMAMURA, 2012; SALVADOR et al., 2012).

Outros estudos apontam que, na faixa etária a partir de 60 anos ou mais, as quedas têm grande impacto na mortalidade da população brasileira, já as

violências interpessoais constituem a primeira causa de morte na faixa etária de cinco a 40 anos de idade, sendo que os homicídios representam a primeira causa de morte de 15 a 35 anos. Nos serviços de urgência, estima-se que cerca de 30% dos atendimentos são consequentes de traumas. A maioria das vítimas de trauma no Brasil estão entre 5 e 14 anos de idade, e em relação a internação hospitalar, dentre as principais causas, destacaram-se os acidentes de trânsito e as quedas (BRASIL, 2012a, 2012b; DI CREDO, FELIX, 2012; SETTERVALL et al., 2012, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO, 2012). Os acidentes de trânsito continuam sendo uma das principais causas de morte no Brasil, além de ocupar o quinto lugar no mundo em mortes fica atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos e Rússia (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2009).

Assim, é possível verificar que o trauma impacta a sociedade de modo expressivo e de diferentes formas nos diversos grupos etários.

O trauma vem atingindo proporções quase epidêmicas em todo o mundo, representando a terceira causa de morte nos países ocidentais, depois das doenças cardiovasculares e das neoplasias. Na média dos anos potenciais de vida perdidos, as lesões por causas externas ocupam a terceira posição, representando 15,1% em todo o mundo, sendo os acidentes de trânsito a nona causa específica de incapacidade e morte prematura (COSTA, SCARPELINI, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010; REICHENHEIM et. al., 2011)

O trauma, além de representar um grande problema de saúde também constitui problema social e econômico de grande magnitude, pois, além das altas taxas de morbidade e mortalidade, existe alto custo com a recuperação e a piora da qualidade de vida das vítimas, fatores que preocupam o SUS. Nesse sentido, os serviços de atendimento de urgência e emergência no Brasil, e em todo mundo, têm se organizado realizando grandes esforços para atender as cinco grandes vertentes do controle ao trauma: prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento intra-hospitalar, reabilitação e plano de atendimento a catástrofes e grandes desastres (BRASIL, 2012a, 2012b; GULA, 2012; IMAMURA, 2012).

Alguns autores apontam que os serviços públicos no Brasil ainda não estão preparados ou adaptados à atual transição epidemiológica e enfrentam muitas dificuldades, de modo que o Estado deverá investir para garantir atendimento adequado e resolutivo às vítimas de trauma, além de estabelecer e efetivar políticas

públicas que possam reduzir os índices alarmantes e, consequentemente, a morbimortalidade associada ao trauma (DI CREDO; FELIX, 2012; SETTERVALL et al. 2012, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO, 2012).

Para Silva e Matsuda (2012), o aprimoramento da qualidade nos serviços de emergências que atendem a pacientes instáveis não é isolado, pois um atendimento de urgência seguro e resolutivo deve ter como uma de suas metas a construção e consolidação permanente da interação e articulação com os serviços intra e extra-hospitalares.

A atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências reúne, de forma complexa, a estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados para intervir nas situações de emergência, decorrentes dos acidentes e violências (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

Na década de 70, nos países desenvolvidos, foram desenvolvidos programas de qualidade com o intuito de estruturar e organizar o sistema de atendimento ao sujeito traumatizado, haja vista a promoção de assistência adequada aos pacientes traumatizados em situações complexas. Tais programas são compostos por ações de educação e capacitação dos profissionais, direcionamento de recursos, estabelecimento de prioridades, registro dos resultados e auditoria dos tratamentos realizados (AZEVEDO, 2010).

Diferentes diretrizes foram adotadas 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, padronização das condutas para todos os componentes da equipe de saúde, na perspectiva de atenção integral aos usuários. A não adesão a essas recomendações pode ser considerada não conformidade associada à assistência (AZEVEDO, 2010; SETTERVAL et al., 2012,).

Para os profissionais que atuam nas unidades de atendimento ao trauma, essas diretrizes proporcionam mudanças favoráveis no conhecimento teórico e prático relativo às intervenções em situação de emergência e maior integração com os membros da equipe de atendimento (SETTERVAL et al., 2012; SOUSA et al., 2009).

Desse modo, neste estudo a contextualização da sistematização do atendimento, segundo a proposta do ATLS, que prevê a adoção de protocolos para a orientação uniforme da atenção hospitalar articulada ao atendimento pré-hospitalar, se faz necessária. O estabelecimento dessas diretrizes, 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 (SETTERVAL et al., 2012; SOUSA et al., 2009; ROMANI et al., 2009).

A abordagem do ATLS utilizada, na grande maioria dos serviços hospitalares de atendimento às urgências traumáticas, busca responder a alguns desafios emergentes na atenção ao trauma como a limitação de informações acerca do mecanismo de trauma e falta de diagnóstico inicial, propondo a identificação e tratamento imediato dos problemas que coloquem o paciente em risco iminente de vida, utilizando a abordagem mnemônica do ABCDE.

Tal proposta apresenta uma sequência lógica e ordenada com critérios específicos de avaliação e de intervenções correspondentes que devem ser adotadas em todos os pacientes traumatizados. O “A” corresponde à 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, 2014).

Segundo as diretrizes do ATLS, a abordagem à vítima de trauma, no âmbito hospitalar, exige acesso rápido às lesões e a instituição de ações terapêuticas imediatas de suporte à vida. Uma vez que o tempo é essencial no atendimento ao traumatizado, é imprescindível uma abordagem sistematizada, que possa ser aplicada e revista. Esse 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 (COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES, 2014).

A sistematização do atendimento, baseada na proposta do ATLS, tem sido utilizada na educação e capacitação de recursos humanos em saúde e adotada

como referência pelas equipes multiprofissionais no atendimento aos pacientes vítimas de trauma. Os profissionais que desempenham suas atividades em unidade de trauma atuam em equipe, a fim de garantir abordagem integral e multiprofissional do atendimento, assumindo sua parcela de responsabilidade na atenção direta aos usuários (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2013).

A abordagem preconizada pelo ATLS, no atendimento ao paciente traumatizado, foi identificada como um campo comum a todos os profissionais de saúde, haja vista que todo profissional, independente da formação profissional, realiza as mesmas atividades e esses profissionais 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 (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2013).

Ante a grande relevância epidemiológica e social dos traumas no país, programas de qualidade e ações foram organizados para estruturar e qualificar os atendimentos, como a capacitação de recursos humanos e estabelecimento de diretrizes e protocolos de atendimento, como o ATLS, que ordena as ações de toda equipe de assistência ao paciente, justificando um cuidado coletivo com olhar minucioso para a equipe de saúde em função das necessidades/prioridades do paciente e da situação.

Nesse contexto, no próximo tópico apresentam-se as considerações acerca do trabalho em equipe de assistência ao paciente, com o entendimento que a atenção às urgências se faz a partir do trabalho coletivo.

2.2 O trabalho em equipe de assistência ao paciente vítima de trauma

Nas últimas décadas, as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população, como o envelhecimento, o aumento das doenças crônico-degenerativas e mortes por causas externas, a crescente incorporação tecnológica e custos no setor saúde, o aumento do número de disciplinas de saúde e carência de recursos humanos, bem como a necessidade de abordagem integral

de saúde com consequente crítica ao modelo gerencial taylorista/fordista em saúde, ampliou a necessidade de trabalho em equipe para viabilizar a eficiência e eficácia da atenção integral à saúde (CAMPOS, DOMITTI, 2007; MENDES, 2011; PEDUZZI et al., 2011; SANGALETI et al., 2014).

O conceito de assistência integral à saúde remete à ideia de redes assistenciais, integração de serviços e interdependência, haja vista que nenhum serviço de saúde ou categoria profissional dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para atender integralmente as necessidades de saúde de uma população ao longo do ciclo vital. Torna-se indispensável desenvolver a gestão eficiente dos recursos, na perspectiva de ampliar as oportunidades de cuidado adequado (HARTZ, CONTANDRIOPOULUS, 2004).

Os serviços de saúde são compreendidos como espaços sociais para o atendimento às necessidades individuais, necessitam de área física, equipamentos, materiais, recursos humanos, protocolos e diretrizes com vistas à integralidade da atenção. Todavia, nesses locais, os processos de trabalho diferem na dimensão técnico-científica e na distinta valorização social dos diversos profissionais envolvidos (PEDUZZI; CIAMPONE, 2010).

Considerando-se a realidade como uma totalidade complexa e o sujeito como ser singular, chama a atenção o fato de que o trabalho isolado, fragmentado em função das categorias profissionais, não é suficiente para atender, de forma integral e equânime, os indivíduos que demandam atendimento em saúde.

Para Peduzzi (2009), o trabalho em equipe no campo da saúde emerge de um contexto formado por três vertentes: o conceito estratégico de integração da medicina preventiva dos anos 50, da medicina comunitária dos anos 60 e dos programas de expansão da cobertura implantados no Brasil nos anos 70, as mudanças da abordagem de saúde/doença da unicausalidade para a multicausalidade e as alterações nos processos de trabalho, com o intuito de ampliar objetos de intervenção, redefinir as finalidades do trabalho e as novas tecnologias.

Cabe destacar, também, que as especificidades do processo de trabalho em saúde apontam a organização do trabalho em equipe, uma vez que possuem o caráter de prestação de serviços com produção em fluxo, a partir da demanda do usuário, diversidades técnicas, a incorporação de novas tecnologias (não substitui a necessidade de recursos humanos), a intersubjetividade, interdisciplinaridade, o trabalho ocorre no encontro profissional/usuário (relacional) e é consumido no

momento em que é produzido (PEDUZZI, 2009).

Nos anos 50, somente a cura das doenças era considerada necessidade de saúde. Apartir dos movimentos da medicina preventiva e da medicina comunitária, emergem discussões acerca de um estado global de saúde que amplia o conceito de saúde em um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas uma ausência de enfermidades, essa concepção favorece uma visão integral do indivíduo e de suas relações com o meio ambiente e meio social, além de configurar a proposta de atenção integral com enfoque biopsicossocial. Enfim, as ações de saúde passam a ser reorganizadas em busca da atenção integral ao paciente, com práticas preventivas, curativas, de reabilitação e promoção da saúde (PEDUZZI, 2007a; 2009; PEDUZZI et al., 2011).

Nesse sentido, é necessário que os profissionais encontrem alternativas de inserção no serviço e de organização do trabalho que não sejam a tradicional atuação independente e isolada e a mera justaposição de ações, de modo que a proposta do trabalho em equipe expresse como possibilidade de se articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, além dos serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, apreender, de forma ampliada e contextualizada, as necessidades de saúde dos usuários e população do território (PEDUZZI, 2007b).

A medicina comunitária, nos anos 60, emerge e se difunde como um processo de extensão à prática médica e de controle de custos, propõe abordagem integral à saúde, por meio de uma reorganização dos elementos que compõem as práticas médicas com a incorporação do trabalho auxiliar de outras categorias profissionais, configurando prática complementar e interdependente entre os diversos trabalhadores da saúde (PEDUZZI, 2009).

Os debates da década de 70, que abordavam as políticas de saúde e de recursos humanos, aspectos como o perfil das necessidades de saúde da população, eram apontados e revelavam críticas à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde, a predominância de pessoal de nível superior ser de médicos, e de falta de profissionais com qualificação técnica, além da necessidade de incentivar/estimular a atuação multiprofissional. Contudo, somente em meados dos anos 80, houve aumento do número de profissionais de nível médio, principalmente auxiliares de enfermagem e de outros profissionais de nível superior não médicos, conformando as necessidades de trabalho em equipes

multiprofissionais mais complexas e qualificadas (MACHADO et al., 1992).

Nos anos 70, estudos identificaram semelhanças e diferenças na organização do trabalho em saúde com o trabalho profissional típico da produção artesanal, bem como com a divisão técnica do trabalho do modo capitalista de produção e apontavam a necessidade de incentivar a utilização de métodos que estimulassem o trabalho em equipe e a atuação multiprofissional (PEDUZZI, 2009).

Em relação à divisão do trabalho profissional em saúde, a prática médica foi a precursora da técnica científica moderna da qual outros trabalhos especializados derivam. Os trabalhos interdependentes e os integrados ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implementação da totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde. No entanto, configuram-se não somente trabalhos diferentes tecnicamente, mas, também, desiguais quanto à sua valorização social. Como aponta Peduzzi (2001) em sua análise.

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001).

O modo capitalista de organização do trabalho promove a sua divisão técnica repercutindo em cuidado fragmentado, no qual cada profissional realiza parcelas do trabalho sem integração com as demais áreas envolvidas. Influência essa, apontada como um aspecto que dificulta a realização de ações integradas em saúde e, conseqüentemente, prejudica a qualidade dos serviços, tanto na perspectiva dos profissionais quanto dos usuários (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Estudos evidenciam que o trabalho em equipe de saúde emergiu num cenário com duplo caráter: por um lado, responder às necessidades de integração das disciplinas e das profissões com vistas à atenção integral à saúde e, de outro, racionalizar a assistência médica (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; PEDUZZI, 2007a).

Nos anos 80, as políticas de recursos humanos em saúde enfatizavam a necessidade de equipes de saúde multiprofissional, interdisciplinares e integradas. Nos anos 90 os debates sobre atenção integral, de acordo com as necessidades do usuário e da população, foram intensificados, de modo que a discussão a respeito da atuação profissional na modalidade trabalho em equipe multiprofissional com construção de saberes e práticas articuladas e integradas com as múltiplas dimensões de saúde tornou-se imperativa. Nesse sentido, a modalidade do trabalho em equipe passou a ter maior destaque, haja vista a necessidade de reorganização dos serviços pela recomposição dos trabalhos parcelados (PEDUZZI, 2007a; 2009).

Segundo Cecílio (1997), todo o sistema de saúde torna-se responsável pela criação de uma cultura institucional do trabalho em equipe multiprofissional, note-se a busca por respostas ao desafio da integralidade da saúde e a garantia da integralidade do atendimento. Sendo assim, é possível entender que não basta apenas empenho e boa vontade dos profissionais, mas trabalho em equipe demanda uma política institucional que requer investimentos de diferentes naturezas para se concretizar.

Corroborando a afirmação que a atuação em equipe de saúde é capaz de tonar eficaz e integral a sua assistência, Santos et al. (2013), ao contextualizar em uma unidade hospitalar, asseguram que a ausência de cuidado oferecido pela equipe multiprofissional, em que falta o sentido de integralidade, pode gerar resultados insatisfatórios para o indivíduo, família e sociedade.

O trabalho em saúde é uma das formas mais antigas de trabalho social. É considerado predominantemente coletivo, institucional, se desenvolve com características do trabalho profissional, determinado pela divisão parcelar ou pormenorizada e pela lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (CAMELO, 2011; CARVALHO et al., 2012; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Os termos grupo e equipe são utilizados para denominar o trabalho coletivo, no qual profissionais interagem e articulam-se para desenvolver ações comuns a todos. Os resultados nem sempre demonstram a soma de habilidades individuais de cada agente (MCCALLIN, 2006; MILLER; FREEMAN; ROSS, 2001; PEDUZZI 2001, 2007a; PEDUZZI et al., 2013; WACHS, 2005; ZWAREBSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009).

Para Robbins (2007), o que diferencia trabalho em grupo do trabalho em equipe é a situação e dinâmica de trabalho. O grupo de trabalho é definido como

dois ou mais indivíduos, interdependentes e interativos, que se reúnem visando a obtenção de um objetivo, de modo que interagem para compartilhar informações e tomam decisões para auxiliar cada membro em seu desempenho na sua área de responsabilidade individual, a sinergia é neutra (às vezes negativa), as habilidades são aleatórias e variadas não requerem um esforço conjunto. Assim, não há um nível maior de desempenho que a somatória das contribuições individuais de seus membros.

Já o termo equipe é utilizado para denominar uma modalidade de trabalho coletivo que gera sinergia positiva por meio de um esforço coordenado, na busca de objetivos e metas comuns, em clima de confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre os seus membros (PEDUZZI, 2001; ROBBINS, 2007).

A compreensão do real significado de trabalho em equipe é fundamental na assistência à saúde. Consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação dos agentes.

Segundo Xyrics e Ream (2008), o trabalho em equipe de assistência ao paciente é um processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais de saúde com formação e habilidades complementares, que compartilham objetivos comuns de saúde e seus saberes específicos para assistir, avaliar e planejar o cuidado em saúde. Isso é conseguido por meio da colaboração interdependente, comunicação aberta e de tomada de decisão compartilhada, o que gera resultados para os pacientes, organização e profissionais de valor agregado.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe de saúde é composto por trabalhos e técnicas específicas das diferentes profissões atuantes nessa área, a diversidade gera uma desigualdade de valor atribuído a cada profissão e até mesmo uma hierarquia de trabalhos, aspecto esses que dificultam a integração e favorecem a somatória técnica atuante.

A literatura evidencia que o trabalho em equipe de saúde é algo além de um trabalho coletivo, reconhecido como estratégia capaz de reunir grupos profissionais com interesses e lógicas de organização de trabalho diferenciadas, com vistas à construção de proposta assistencial o mais consensual e integrada possível (CAMELO, 2011; PEDUZZI, 2007a; PEDUZZI et al., 2013; SANGALETI et al., 2014).

Em estudo realizado por McCallin (2006), o trabalho em equipe de saúde é definido como uma contribuição coletiva dos profissionais que, através da tomada de decisão e de ações compartilhadas, têm como objetivo comum o melhor desempenho coletivo para alcançar resolução dos problemas, sendo todos responsáveis pelos resultados.

Segundo Camelo (2011), a proposta do trabalho em equipe é uma estratégia utilizada para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde e na instituição hospitalar, pois esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar, simultaneamente, a articulação das ações e dos saberes.

Várias terminologias são utilizadas para definir o trabalho em equipe de saúde, dentre essas encontra-se a utilização de derivados do termo disciplina e/ou profissional combinados com os prefixos, multi, pluri, inter e trans. Segundo Furtado (2007), quando os prefixos são combinados com o termo profissional, correspondem às práticas de equipes profissionais no cotidiano do trabalho.

A terminologia mutiprofissional refere-se ao trabalho de diferentes profissionais que não interagem entre si e não articulam suas ações, não sendo possível observar cooperação entre as profissões (IRIBARRY, 2003; PEDUZZI, 2009).

Já a terminologia equipe interprofissional está relacionada a profissionais que desenvolvem suas ações interagindo. Nessas equipes todos participam das ações e colaboram uns com os outros para alcançar objetivos comuns, há articulação e combinação de conhecimentos e ações com o intuito de atender as necessidades de cuidados dos pacientes (IRIBARRY, 2003; PEDUZZI, 2009).

Para Iribary (2003), a equipe interdisciplinar é composta por um grupo de disciplinas, sendo que uma delas ocupa nível hierárquico superior e coordena as demais, já a equipe transdisciplinar propõe interação entre as disciplinas, cada uma busca um além de si, por meio do compartilhamento de conhecimentos.

A imprecisão das terminologias e problemas com a conceituação do trabalho em equipe de saúde compromete a generalização e produção científica da prática colaborativa em equipes. Para Sangaleti et al. (2014), é necessária uma maior precisão conceitual na pesquisa e no desenvolvimento de estudos, com foco no trabalho em equipe e na prática interprofissional colaborativa.

Outros autores também evidenciam dificuldades na avaliação e validade dos estudos relacionados ao tema trabalho em equipe de saúde, devido à falta de uma terminologia comum (JACKSON et al., 2008; PEDUZZI, 2001; PULLON; MCKINLAY; DEW, 2009).

Na busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente é o Descritor em Ciências da Saúde utilizado como linguagem única na indexação de publicações, e a definição desse descritor é Cuidados Prestados a Pacientes por uma equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas e toda a equipe contribui para a assistência ao paciente.

No trabalho em saúde, os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 2001). Esse tipo de trabalho enseja a oportunidade de se construir visão global de cada situação, mediante a interlocução entre os diferentes profissionais envolvidos no seguimento terapêutico, contribuindo para alcançar melhor prognóstico para os pacientes hospitalizados (CAMELO, 2011).

Pensar no trabalho em equipe de saúde nas unidades hospitalares de atendimento às urgências traumáticas significa pensar no cuidado centrado no paciente e nas suas necessidades imediatas, e não nas necessidades das categorias profissionais, pois a diversidade, imprevisibilidade e gravidade das situações requerem intervenções imediatas, sob pena de colocar em risco a vida do paciente. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em torno de um objetivo comum torna-se fundamental para que a assistência ao paciente seja oportuna e livre de riscos.

Para Peduzzi et al. (2013), o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem se integrar concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe.

Nessa perspectiva, alguns autores corroboram Peduzzi (2007a) acerca do trabalho em saúde diante de suas especificidades, desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma profissão, inclui práticas que se identificam com o que tem sido classificado como multi, pluri, inter e transdisciplinaridade, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na

realidade atual (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009; MORIN, 2000).

Para Matos, Pires e Campos (2009), a realização de um trabalho integrado e articulado pode ser favorecido pela perspectiva interdisciplinar, tanto no que diz respeito à compreensão dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho.

Para Queiroz e Araujo (2009), o trabalho em equipe é um modelo de trabalho coletivo que se caracteriza pela relação recíproca entre intervenções técnicas e a interação dos agentes, vislumbra a oportunidade de se construir uma visão global de cada situação, mediante interlocução entre os diferentes profissionais envolvidos no seguimento terapêutico, contribuindo para alcançar melhor prognóstico para os pacientes hospitalizados. Profissionais com formação e tempo de experiência diferentes podem contribuir de forma diversa para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Vale enfatizar, também, as proposições de Peduzzi e Ciampone (2010) sobre o trabalho em equipe, utiliza habilidades, recursos e competências de todos os seus membros para planejar suas atividades, tomar decisões compartilhadas e consensuais, responsabilizar-se e empenhar-se para garantir a cooperação por meio de objetivos mútuos compartilhados, comunicação aberta, reconhecimento e apoio recíprocos.

Segundo o referencial de Peduzzi et al. (2011) e Peduzzi (2001; 2007a; 2007b), duas noções recobrem a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira é caracterizada pela fragmentação e a segunda pela articulação consonante à proposta da integralidade das ações de saúde, entendida como uma prática comunicativa, caracterizada pela busca de projeto comum, onde existam consensos e articulações entre todos os agentes envolvidos no processo de trabalho em saúde.

Na conjuntura atual, a atuação em equipe precisa aproximar-se da prática desenvolvida pela “equipe integração”, na qual as relações são baseadas na interação dos agentes e na articulação dos saberes e fazeres. Portanto, segundo Peduzzi (2007b), para a equipe de saúde alcançar algum grau de integração e articulação

É preciso que seus componentes, cada um deles e todos de forma compartilhada, façam um investimento no sentido da articulação das ações. As ações de saúde não se articulam por si só, automaticamente, por estarem sendo executadas em uma situação comum de trabalho, na qual diferentes trabalhadores compartilham o mesmo espaço físico e a mesma

clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Na atuação das equipes de saúde, o reconhecimento e a consideração em relação ao trabalho do outro, a construção de consensos, a aceitação desses entre os agentes configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho (PEDUZZI, 2001).

Para a mesma autora existem características que favorecem a construção do projeto assistencial comum no trabalho em equipe de saúde como o processo comunicativo o compartilhamento de finalidades, objetivos e abordagens aos usuários, a articulação entre as ações e disciplinas, o comprometimento, colaboração e cooperação de todos os agentes da equipe, a responsabilidade, o reconhecimento e valorização de cada integrante da equipe e das relações estabelecidas na equipe, a preservação das especificidades e da autonomia profissional, bem como a flexibilização da divisão do trabalho.

Segundo Matos, Pires e Campos (2009), os profissionais da equipe de saúde compreendem a necessidade de relações baseadas na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, bem como no acolhimento das diferenças, na cooperação e na troca entre as disciplinas, na interação entre os profissionais, na articulação dos saberes e fazeres, na horizontalização das relações e na participação na tomada de decisões com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades.

Outro importante aspecto das equipes interdisciplinares apontadas pelos autores é a promoção e compreensão das necessidades do usuário e da sua vida, distanciando-se da visão focada na doença e aproximando-se da visão dos mesmos como seres humanos com suas individualidades e relações familiares e sociais (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Alcançar o melhor nível do trabalho em equipe é algo complexo, pois exige grande esforço dos grupos e das instituições, sendo necessário que haja interesse e haja 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. Esse movimento deve ser visualizado

pela equipe como um todo, pois, se não mobilizada, pode enfrentar muitos conflitos e colocar o projeto de mudanças em risco (BITENCURT, 2004; FORTUNA et al., 2005).

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 trabalho em equipe, estabelece relações que favorecem a realização de um trabalho integrado, garantindo agilidade na assistência prestada à vítima.

Segundo as referências utilizadas, a compreensão do real significado de equipe é fundamental na área da saúde, o entendimento diz respeito à necessidade de diferentes sujeitos realizarem ações integradas/articuladas e coesas, nas quais sejam claras a noção de complementariedade de saberes em busca do objetivo comum que atenda todas as necessidades do paciente.

Neste estudo, optou-se pela expressão trabalho em “equipe de assistência ao paciente” em conformidade com a terminologia/descritor utilizado na Biblioteca Virtual de Saúde. Cabe destacar que o objeto de investigação ora proposto está circunscrito à dinâmica da equipe de saúde em uma unidade de urgência hospitalar, destinada ao atendimento de vítimas de traumas, na qual as urgências configuram-se em um conjunto de agravos à saúde que podem levar ao óbito e a sequelas incapacitantes.

A equipe de saúde que atua nas unidades de urgência hospitalar tem como objeto de trabalho usuários de extrema gravidade, com risco de morte e usuários com quadros clínicos leves e moderados. Contudo, não é correto atribuir o sofrimento dos trabalhadores de emergência à gravidade dos usuários, mas, sim, ao fato de terem que lidar com situações incontroláveis diante das quais se sentem impotentes, além disso se veem envolvidos constantemente com processos decisórios de ordem técnica, científica e relacional (ALMEIDA, PIRES, 2007). Para as autoras, o trabalho nessas unidades não envolve apenas sofrimento, mas, também, fontes de conforto e satisfação decorrentes da possibilidade de salvar vidas, aspectos esses que contribuem para o equilíbrio psíquico do trabalhador.

A temática de trabalho coletivo, multidisciplinar, em equipe de saúde, valoriza a integração e articulação de saberes e práticas, sem alterar a

especificidade de competências de cada profissão envolvida. Os profissionais de saúde têm sua prática historicamente construída para prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, a partir de um conjunto de conhecimentos específicos da área que auxiliam na promoção, prevenção ou recuperação da saúde.

As diversas categorias de profissionais da área da saúde estão inseridas no trabalho em equipe de assistência ao paciente, requer de todos olhar diferenciado para reverter processos de fragmentação, individualização, competição e quebras de alianças coletivas no trabalho, além de contemplar a articulação das ações e dos saberes dessas diversas categorias profissionais em busca da atenção integral às necessidades de saúde do paciente.

Diante do exposto, no tocante ao trabalho em equipe de assistência ao paciente no âmbito hospitalar, no próximo tópico serão apresentadas as justificativas do presente estudo.

3. JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se tendo em vista o quanto é imperioso, na atualidade, investigar as especificidades das unidades hospitalares de atendimento às urgências traumáticas, uma vez que são cenários nas quais o trabalho da equipe de assistência ao paciente é dinâmico, exige tomada de decisões rápidas e abordagem integral às necessidades dos pacientes. Cabe destacar a escassez de estudos na literatura que focalizem o trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidades hospitalares de urgências traumáticas, particularmente na perspectiva da proposta desta tese.

A realização de levantamento bibliográfico criterioso, no período de 2000 a 2014, utilizando o descritor “equipe de assistência ao paciente”, apresentou um número relevante de publicações, sendo 118 publicações no banco de dados eletrônicos da Scientific Eletronic Library On Line (Scielo), porém, ao realizar análise dos resumos e publicações verificou-se que há carência de estudos sobre o desenvolvimento de equipe de assistência ao paciente em unidades hospitalares de urgências traumáticas, visto que se trata de um cenário com o processo de trabalho bem detalhado por portarias ministeriais e pelas diretrizes do ATLS, além de que a dinâmica de atendimentos às urgências traumáticas pressupõe a interface e integração de saberes e ações de diferentes atores e, nesse sentido, o trabalho em equipe torna-se mais relevante.

Além, disso considerando:

- ✓ aspectos demográficos e epidemiológicos já apresentados que evidenciam a relevância das urgências traumáticas na sociedade brasileira e mundial;
- ✓ o conjunto de diretrizes políticas nacionais acerca da atenção às urgências que vem sendo aprimorado ao longo da última década em ações de organização da atenção, de disponibilidade de recursos físicos/materiais e humanos, de capacitação de pessoal na perspectiva da educação continuada e permanente;
- ✓ a complexidade das ações assistenciais e gerenciais desenvolvidas no âmbito da sala de trauma e que repercutem diretamente no cuidado ao usuário;
- ✓ as potencialidades e limitações da organização do processo de trabalho em equipe para favorecer o cuidado;
- ✓ a experiência profissional em sala de trauma, cuja complexidade, imprevisibilidade, atuação coletiva de diferentes agentes, forma de

organização do processo de trabalho pode interferir de forma positiva ou negativa para o paciente, justifica a realização desta investigação.

Nesse sentido, pretendeu-se responder alguns questionamentos. Quais são os fatores que facilitam o trabalho em equipe de assistência ao paciente, em uma unidade hospitalar de urgências traumáticas? Quais são os fatores que dificultam o trabalho em equipe de assistência ao paciente, em uma unidade hospitalar de urgências traumáticas?

A partir desses questionamentos realizou-se esta pesquisa, cujos resultados podem trazer conhecimentos que subsidiem a equipe de assistência ao paciente e para novas pesquisas que poderão potencializar o trabalho em equipe em unidades de urgências traumáticas, pautados na tomada de consciência sobre os aspectos que o envolvem e o mobilizam.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidade hospitalar de urgências traumáticas.

4.2 Objetivo específico

- Caracterizar os profissionais que atuam em uma unidade hospitalar de urgências traumáticas.
- Identificar fatores que facilitam o trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidade hospitalar de urgências traumáticas.
- Identificar fatores que dificultam o trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidade hospitalar de urgências traumáticas.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Processo de Trabalho em Saúde: uma aproximação ao referencial teórico de Mendes Gonçalves, na perspectiva do trabalho em equipe

A compreensão desta temática foi fundamentada na abordagem do processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992) e complementada pelos estudos de outros autores.

Segundo o referencial adotado, o processo de trabalho consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que tenha alguma utilidade (MARX, 1994; MENDES GONÇALVES, 1994, 1992; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009)

Para Marx (1994), o trabalho consiste em um processo de mediação entre o homem e a natureza. Nesse processo, o trabalhador opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para produção de produtos, e esse processo já havia sido idealizado anteriormente, atribuindo um significado ao seu próprio trabalho. Reconhece três elementos constituintes do processo de trabalho, sendo: a atividade orientada a um fim, ou seja, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, assim, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

No processo de trabalho, a atividade orientada a um fim consiste nas projeções de resultados que visam satisfazer necessidades e expectativas dos indivíduos, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Já os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas, também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Os agentes do processo de trabalho são os homens que realizam a transformação de objetos ou condições para se atingir os fins previamente estabelecidos (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Historicamente, por meio do trabalho, o homem produz e reproduz a sua existência, tanto pelos processos objetivos quanto subjetivos, de modo que os

elementos articulam-se assim como as relações técnicas, sociais e de produção (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Os agentes de todos os processos de trabalho são homens que realizam a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos. Já a finalidade é identificada no objeto de trabalho transformado, representa as projeções de resultados que visam satisfazer necessidades e expectativas dos indivíduos, conforme sua organização social, em dado momento histórico. Todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e estabelecimento desses fins são uma atividade de crucial importância.

Os meios de produção ou instrumentos de trabalho são constituídos pelos sujeitos, é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho, serve a ele para dirigir sua atividade sobre esse objeto (MARX, 1994), podendo ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas, podendo também, em uma visão mais ampla, pode incluir conhecimentos e habilidades.

É importante atentar para as especificidades do processo de trabalho em saúde, para reconhecer as particularidades desse processo e favorecer a compreensão das ações realizadas pelos agentes, com o objetivo de equacionar problemas de saúde.

Os estudos acerca do processo de trabalho em saúde iniciaram-se no final da década de 1960, com Donnangelo (1975). O autor investigou as relações entre saúde, sociedade, profissão médica e práticas sociais no país. Na sua concepção, a prática médica e as relações entre os indivíduos (pacientes, médicos e demais profissionais de saúde) não seriam independentes da vida social (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009). Esse estudo juntamente com os estudos de Mendes Gonçalves (1992) foram os alicerces para as investigações do processo de trabalho em saúde, em relação às políticas, estruturação da assistência em saúde, bem como o atual SUS, assim como os estudos sobre profissões e práticas de saúde.

Para Mendes Gonçalves (1992), o processo de trabalho em saúde era conceituado a partir da análise do processo de trabalho médico, e do estudo da aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde. Seus estudos permitiram melhor compreensão do processo de trabalho em saúde, bem como a importância da articulação entre o objeto, os instrumentos, os agentes de trabalho e a finalidade.

O objeto representa o que vai ser transformado, a matéria-prima, e no setor saúde as necessidades humanas de saúde, certos estados ou condições pessoais ou sociais. No objeto ocorre a ação do trabalhador, consiste no processo de transformação efetivado pelo trabalho, com uma finalidade (MENDES GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

Segundo Mendes Gonçalves (1994; 1992), o processo de trabalho em saúde requer ferramentas, os instrumentos materiais e não materiais. Os instrumentos materiais são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, dentre outros. Já os instrumentos não materiais são de natureza intelectual, os saberes que articulam os sujeitos do processo de trabalho. Esse processo de trabalho em saúde só se torna possível na presença do agente de trabalho que coloca em ação energias intelectuais e mecânicas para transformar o objeto, a partir de articulações com os instrumentos, para uma dada finalidade, existindo uma dinâmica relacional entre objeto, instrumentos e atividade.

Para Peduzzi (2007a), o agente/trabalhador pode ser interpretado, como instrumento do trabalho e, imediatamente, sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal.

O processo de trabalho é orientado por uma intencionalidade e racionalidade para dirigir atividades e ações a uma dada finalidade/necessidades de saúde. Nesse sentido, Mendes Gonçalves (1992) concebe identificação e articulação entre o processo de trabalho e necessidades de saúde, para atingir determinado fim. O autor analisa que as necessidades são constituídas pela historicidade e socialidade humana e variam sócio e historicamente.

As relações entre objeto, instrumentos e produto estabelecem-se diante das necessidades expostas e direcionam a sua finalidade, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho perante um saber operatório que encaminha os agentes para cumprir certo projeto de vida em sociedade no processo de trabalho em saúde. Diversas categorias profissionais são necessárias para realizar trabalho em saúde, determinando que ele seja considerado um trabalho coletivo (MENDES GONÇALVES, 1994).

Para Mendes Gonçalves (1992; 1994), o trabalho em saúde possui especificidades como objeto de trabalho não muito sistematizado, existência de relação trabalhador/usuário, processo relacional, sincronismo que consistem em

processos de trabalho vivo que atuam principalmente com tecnologias de relações (tecnologia leve), para além dos equipamentos e conhecimentos tecnológicos estruturados (tecnologias dura e leve-dura).

Para Merhy (2002), o trabalhador da saúde antes de realizar a ação, projeta e idealiza o resultado, assim determina a finalidade do processo de trabalho, o produto final idealizado é o cuidado, esse é consumido pelo usuário, no mesmo momento em que é produzido, cujo produto não se desassocia do próprio processo. O cuidado contém a intenção desse trabalhador que efetua a ação, cujo objeto, o usuário, também interage no processo. Nessa troca de subjetividades está expressa a concepção de saúde e doença de quem produz e de quem recebe os cuidados, assim como o modo de produção dos mesmos.

Os elementos do processo de trabalho em saúde estão sempre presentes, o produto da ação do trabalhador dependerá do rearranjo dos diferentes elementos, da ênfase que será dada às necessidades do usuário e ao ordenamento das tecnologias (MARQUES; LIMA, 2007).

Outra característica do trabalho em saúde apresentada por Merhy (2002) é encontro entre usuários que possuem uma necessidade de saúde e os profissionais que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema apresentado. Nesse encontro, são mobilizados os sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

Na atenção hospitalar, nas urgências traumáticas, visualiza-se o processo de trabalho como o conjunto de ações realizadas pelos agentes da equipe de assistência ao paciente, por intermédio dos seus conhecimentos e habilidades (meios de produção), sobre as necessidades humanas (objeto), com a finalidade de minimizar e/ou evitar sequelas e danos ao indivíduo vítima de um trauma (transformar o indivíduo, deixando-o mais saudável e/ou modificar situações indesejáveis à saúde do indivíduo).

No estudo realizado por Marques e Lima (2007), destaca-se que o processo de trabalho em unidades de emergência possui duas especificidades que são a inestocabilidade e a incomensurabilidade, essas justificam-se pela existência do processo quando há a solicitação do usuário, de modo que o serviço acontece sob a forma de fluxo.

O processo do trabalho nas unidades de emergência destaca-se pela complexidade e a necessidade da realização de ações coletivas, dinâmicas e integradoras para possibilitar a qualidade da assistência prestada ao usuário do serviço, bem como para melhorar a satisfação do profissional com o objeto do seu trabalho e estruturação da rede de serviços à atenção às urgências e emergências com base na regionalização e melhor utilização das portas de entrada de alta complexidade (MARQUES; LIMA, 2007).

A integração da equipe que atua em unidades de emergência é tão fundamental quanto o conhecimento técnico, de modo que as ações de cada profissional são necessárias para compor o atendimento e obter, como produto final, o diagnóstico e o tratamento dos agravos à saúde. Nessas unidades, o trabalho é realizado por várias categorias profissionais, sem ser exclusivamente de nenhuma delas, indicando a existência de relação complementar e interdependente entre elas, no momento da produção (GARLET et al., 2009; UCHÔA et al., 2012).

Essa forma de trabalho propicia melhor organização do serviço, favorece uma rede de relações entre os profissionais, adoção do respeito, autonomia e vínculo entre profissionais e usuários, além de eliminar a visão fragmentada e individualista das especialidades, facilitar a união, compartilhamento de ações e saberes, voltados à atenção integral e resolutiva dos atendimentos (UCHÔA et al., 2012).

Segundo Souza et al. (2010), “há uma diferença entre finalidade (ação orientadora – onde quero chegar) e produto final do trabalho em saúde (o resultado – onde cheguei/o que obtive)”. Ao analisar a percepção dos profissionais, baseada no referencial, os autores constataram que a finalidade do processo de trabalho em uma unidade de emergência é a recuperação e/ou cura do indivíduo, ou seja, é retirá-lo da situação aguda, e o produto, consumido no próprio processo de produção da ação assistencial, seria o resultado da ação, que pode ser o alívio da dor, a finalização de um curativo, de um procedimento, a aplicação de um analgésico, a conclusão de uma avaliação e orientação para prevenção de doenças ou para a promoção da saúde.

A finalidade do atendimento em unidades de urgências traumáticas é prestar assistência à pessoa vítima de trauma, é mantê-la viva, curá-la, diminuir as sequelas, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo sua própria vida. Considerando que o objeto de trabalho é a pessoa vítima de trauma e o tempo para

cumprir com sua finalidade é extremamente curto, entende-se que a organização do trabalho em equipe pode facilitar o desenvolvimento do trabalho.

Cabe destacar que se apresenta aqui aproximação a uma das abordagens acerca do processo de trabalho, dentre outras que existem. No contexto desta tese, esse referencial favorece a compreensão que o trabalho no cenário hospitalar de urgências traumáticas faz parte de um projeto ampliado de atenção à saúde, cuja análise pormenorizada de objeto, finalidade, instrumentos e agentes de trabalho facilita o entendimento, porém, requer um olhar crítico para a análise das possibilidades de articulação e integração, na perspectiva do processo de trabalho em saúde e também da integralidade da atenção.

Fez-se necessário um olhar minucioso sobre a organização do processo de trabalho em unidade hospitalar de urgências traumáticas, haja vista que a articulação dos diferentes profissionais envolvidos nesse processo e mobilizados em um objetivo comum configura-se como trabalho em equipe, estabelecendo relações que favorecem a assistência integral à vítima.

6. MATERIAL E MÉTODO

6.1 Natureza do estudo

Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, utilizando a Técnica do Incidente Crítico (TIC), considerada pertinente ao objeto de estudo, por possibilitar o levantamento de percepções e atitudes dos sujeitos em relação ao objeto da investigação.

Para Neto (2010), a TIC é adequada à investigação de fenômenos na área de enfermagem, que envolvam a manifestação de comportamentos e seus efeitos, principalmente os que permeiam a assistência de enfermagem.

A TIC possibilita a identificação de situações e/ou experiências vivenciadas por um sujeito, a partir de coleta de observações diretas do comportamento humano, a fim de interferir positivamente na solução de problemas e no desenvolvimento de conceitos psicológicos (DELA COLETA, 1974; MARTINS, 2006).

A partir das observações diretas e/ou relatos dos sujeitos, o pesquisador poderá caracterizar situações, comportamentos e consequências, bem como os fatores que interferem positiva e negativamente no cotidiano dos serviços.

A definição atribuída por Nogueira (1993; 1988), se faz pertinente a saber: o pesquisador ao analisar os incidentes deverá identificar os três elementos que o constituem, a situação, o comportamento e a consequência. Situação é o fato ou circunstância que levou o sujeito do relato a manifestar determinado comportamento, o comportamento é a conduta apresentada pelo sujeito devido à circunstância e a consequência é o resultado do comportamento do sujeito devido à circunstância.

A TIC permite acessar a subjetividade das pessoas que vivenciaram determinadas situações e, posteriormente, identificar comportamentos e consequências positivas e/ou negativas ao trabalho em equipe de assistência ao paciente no atendimento aos pacientes vítimas de trauma.

Entende-se que esse delineamento adequa-se aos objetivos desta pesquisa, uma vez que permite apreender fatores, valores, experiências, sentimentos, emoções dos sujeitos que vivenciaram a situação do trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidade de urgências traumáticas, bem como a concepção dos profissionais acerca dos fatores positivos e negativos do trabalho

em equipe nesse cenário.

A técnica possibilita a priorização dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas em ações concretas. O objeto da investigação não se constitui em pessoas, mas, sim, nas situações sociais e seus problemas que foram vivenciados por pessoas.

Nesse sentido, esta pesquisa foi construída buscando uma aproximação desses conceitos ao contexto de trabalho de uma equipe de assistência ao paciente, em uma unidade hospitalar de urgências traumáticas. A realização da pesquisa no referido local teve como objetivo identificar fatores que favorecem e que dificultam o trabalho da equipe de assistência ao paciente nessas unidades.

6.2 Cenário do estudo

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. Inserido no SUS como referência terciária/quaternária, abrange uma população de cerca de quatro milhões de habitantes, atendendo a demanda do Departamento Regional de Saúde XIII (DRSXIII) de Ribeirão Preto, SP, além dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Franca, Araraquara e Barretos, bem como outras regiões do Estado de São Paulo e, até mesmo, outros Estados e países (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Em Ribeirão Preto, há o atendimento pré-hospitalar prestado pelas ambulâncias de suporte básico e de suporte avançado do Samu, da Secretaria Municipal de Saúde, e pela Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros.

O referido hospital dispõe de 137 leitos gerais e 34 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), distribuídos em cinco pavimentos de uma variedade de setores. Como porta de entrada para o hospital apresenta-se o Box para atendimento às urgências não traumáticas de pacientes menos graves, atendimento de Ginecologia, atendimento de Ortopedia e Urgências Pediátricas, Sala de

Estabilização Clínica, para pacientes clínicos em estado grave, e uma Sala de Trauma, para pacientes traumatizados, que, após estabilização inicial, podem ser transferidos para as diversas áreas do hospital, de acordo com as suas necessidades. O primeiro andar é destinado à pediatria com área de ambulatório, internação e UTI. No segundo andar, localizam-se as enfermarias de clínica médica, unidade coronariana, unidade de isolamento e tratamento semi-intensivo. No terceiro andar estão as enfermarias de clínica cirúrgica (Clínica Cirúrgica, Neurocirurgia, Ginecologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Ortopedia), neurologia, tratamento semi-intensivo e uma UTI adulto. No quarto andar, localiza-se outra UTI adulto, a unidade de queimados, centro cirúrgico e centro de recuperação anestésica. No quinto andar, encontra-se a central de materiais e esterilização e unidade respiratória. No sexto andar fica o alojamento médico (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O hospital adota a gestão compartilhada, desde o ano 2000, de modo que essas áreas se distribuem em unidades funcionais e cada uma possui um grupo gestor e um gestor que são responsáveis pela interação dos diversos profissionais. Para as questões inerentes à prática de enfermagem foram mantidos enfermeiros com cargos gerenciais, a saber: enfermeiro chefe e enfermeiro encarregado. Desse modo, embora o hospital adote princípios da gestão participativa, apresenta estrutura organizacional que preserva elementos da gestão tradicional, coexistindo atualmente, elementos de ambas as modalidades de gestão.

Nas unidades funcionais o enfermeiro chefe/encarregado executa atividades relativas à elaboração de escalas de serviço, planejamento de férias de pessoal, viabiliza a prestação de serviços assistenciais, por meio de organização de recursos humanos e materiais, avaliação de desempenho, verificação de quadro de pessoal, supervisão, cuidado aos pacientes críticos, dentre outros.

Os enfermeiros chefes/encarregados participam efetivamente de comissões internas do hospital, trabalham juntamente com a comissão de educação continuada prevenindo eventos adversos, favorecendo vínculo com áreas de apoio e interface com serviços de apoio diagnóstico. Além disso, exercem atividades específicas em relação ao gerenciamento de recursos humanos e materiais.

O primeiro atendimento às urgências ocorre na sala de trauma que dispõe de cinco leitos, sala de estabilização clínica com cinco leitos monitorizados, destinados a pacientes com afecções clínicas, neurológicas e cirúrgicas com quadro

clínico instável e Box com vagas destinadas a atendimentos clínicos, além de uma vaga para isolamento respiratório e atendimento ginecológico (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2013).

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 as 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.

Anexo à Sala de Trauma, há um ambulatório de ortopedia para o atendimento de lesões ortopédicas de menor complexidade. Lá se encontram quatro leitos não monitorados, e o atendimento é feito pelo médico ortopedista e a mesma equipe de enfermagem que dá assistência na Sala de Trauma.

A Sala de Trauma possui equipamentos de monitoração para a assistência a vítimas de trauma de todas as faixas etárias. O atendimento é desenvolvido por equipe de assistência à saúde, composta por médicos cirurgiões, neurologistas, ortopedistas e, conforme a necessidade, médicos de outras especialidades são acionados, tais como cirurgia de cabeça e pescoço, neurocirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ginecologia/obstetrícia e pediatria. Há também diversos outros profissionais como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, técnicos de raios-X e demais profissionais de apoio.

6.3 Participantes da pesquisa

Os participantes foram profissionais da equipe de assistência ao paciente que atuam no atendimento aos pacientes politraumatizados na sala de trauma, do hospital de ensino referido. A equipe multiprofissional, na sala de trauma, é

composta por 22 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem, 29 auxiliares de enfermagem, cinco assistentes sociais e 18 médicos contratados.

Foram critérios de inclusão: ter vínculo empregatício com o serviço, estar no exercício da assistência às urgências traumáticas por ocasião da coleta de dados e atuar na sala de trauma há pelo menos seis meses.

Assim, do total de 91 profissionais da equipe de assistência ao paciente politraumatizados na sala de trauma, 80 atenderam os critérios de inclusão estabelecidos.

6.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Os procedimentos adotados na condução da investigação foram as fases previstas para a TIC, introduzidas no Brasil na década de 1970, por Dela Coleta e Dela Coleta (2004), elencados abaixo.

- ✓ Determinação dos objetivos da atividade a ser realizada.
- ✓ Elaboração das perguntas a serem feitas aos sujeitos que podem fornecer os incidentes críticos.
- ✓ Delimitação da população e amostra.
- ✓ Coleta dos incidentes críticos.
- ✓ Análise do conteúdo.
- ✓ Categorização dos comportamentos.
- ✓ Levantamento das frequências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

A fase da determinação dos objetivos e da atividade a ser realizada já foi descrita e consta da justificativa deste estudo.

Na elaboração das perguntas a serem feitas aos sujeitos que fornecem os incidentes críticos, optou-se por elaborar questões breves, claras e relacionadas ao objetivo geral da investigação, um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), que não permitisse dúvidas quanto ao entendimento do entrevistado, de modo que os participantes relatassem uma situação vivenciada que ilustrasse o trabalho

da equipe de assistência ao paciente no cenário do estudo, além de solicitar que o entrevistado identificasse os comportamentos e as consequências positivas e negativas presentes nessa situação.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE B) foi construído em reuniões com o Grupo de Pesquisadores do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Hospital e Enfermagem da EERP-USP e, posteriormente, 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 peritos em metodologia científica e na temática de estudo, com o objetivo de determinar a adequação, clareza e utilidade do roteiro. A esses peritos foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) 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 profissionais da equipe de assistência ao paciente da sala de trauma. Esses não foram sujeitos do estudo definitivo. Foram utilizados dois instrumentos com o mesmo conteúdo, mas em formatos diferentes. O primeiro instrumento contemplava o relato de situações vivenciadas bem como os comportamentos e consequências, aspectos positivos e negativos do trabalho em equipe em três questões, e o segundo instrumento, com o mesmo conteúdo do primeiro, possuía uma única questão. A finalidade foi verificar, na prática, a forma de utilização de ambos os instrumentos, a possível flexibilização de perguntas respondidas antecipadamente pelo entrevistado e/ou a necessidade de detalhar perguntas para facilitar o entendimento, de modo a facilitar melhor interação entre entrevistador e entrevistado, para identificação das situações, comportamentos e consequências negativas e positivas.

A realização do pré-teste ratificou a opção do pesquisador pelo segundo instrumento, pois uma única questão detalhada possibilitou a compreensão e a clareza do instrumento ante o entrevistado, bem como a capacidade do pesquisador de conduzir a entrevista. Os sujeitos assimilaram melhor a questão e o tempo foi adequado para a apresentação e exploração de detalhes.

Após esse processo, o conjunto de documentos utilizados para a entrevista ficou assim constituído: Orientação ao Entrevistado (APÊNDICE A), Roteiro para Entrevista (APÊNDICE B) e Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE D).

O roteiro da entrevista foi composto pelos seguintes itens:

- ✓ identificação do entrevistado quanto à experiência profissional, incluindo dados relativos à idade, categoria profissional, ano em que concluiu a formação profissional, tempo de atuação na sala de trauma do HCFMRP-USP;
- ✓ questões que contemplam o relato de situações vivenciadas, bem como os comportamentos e consequências, aspectos positivos e negativos do trabalho em equipe de assistência ao paciente, na sala de trauma.

A fase da delimitação da população e amostra está descrita no item 2.6.3.

A técnica utilizada para coleta dos incidentes críticos foi a entrevista semiestruturada com profissionais da equipe de assistência ao paciente que atuam na sala de trauma. Segundo Haguette (1995), a entrevista semiestruturada 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. Utilizou-se essa técnica para conhecer a concepção dos profissionais quanto ao trabalho em equipe de assistência ao paciente, na sala de trauma

As entrevistas foram realizadas em local privativo, pré-estabelecido pelo pesquisador em acordo com o participante, na própria instituição de estudo e durante o horário de trabalho dos profissionais. Foram gravadas em aparelho digital e realizadas individualmente pela própria pesquisadora e por uma auxiliar de campo. Tiveram duração média de, aproximadamente, 20 a 30 minutos.

Cabe destacar que a auxiliar de campo foi submetida a um processo de capacitação que constou de leitura prévia, apresentação, discussão do projeto e estratégia de coleta de dados, utilização do roteiro de entrevista, participação no pré-teste e colaboração. Durante todo processo, a auxiliar de campo, uma enfermeira, aluna de pós-graduação, nível mestrado, teve acompanhamento da pesquisadora e orientadora.

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, a garantia que os profissionais

poderiam se expressar livremente sobre o assunto abordado, o sigilo de informações que pudessem permitir sua identificação, assim como a disponibilização dos resultados da pesquisa e questões éticas. A seguir, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), e assinado pelo sujeito, e realizou-se a leitura conjunta do roteiro da entrevista.

Os participantes que aquiesceram participar do estudo relatavam uma situação vivenciada que ilustrava o trabalho da equipe de assistência ao paciente, o que os profissionais fizeram e quais as consequências/resultados, além de relatar aspectos positivos e negativos do trabalho em equipe, na sala de trauma.

A coleta de dados aconteceu no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador, os dados obtidos foram digitados no Word e posteriormente inseridos em planilha no Excel para, assim, serem submetidos a categorização de situações, comportamentos e consequências. Esse processo, consistiu na leitura exaustiva dos dados, os incidentes críticos foram extraídos dos relatos, considerados válidos somente aqueles que continham a descrição da situação, dos comportamentos e das consequências. Alguns relatos foram descartados por não conterem o comportamento e/ou a consequência originada da situação.

Posteriormente à análise dos incidentes e a identificação dos seus três elementos, foi elaborada planilha no Excel para agrupar as entrevistas (APÊNDICE E), sintetizar e levantar as frequências positivas e negativas de cada um dos elementos, como as situações (APÊNDICE F), os comportamentos (APÊNDICE G) e as consequências (APÊNDICE H). Cada planilha tinha o propósito de sintetizar e descrever todos os dados de maneira adequada e detalhada.

As entrevistas receberam identificação numérica, indicando o número de entrevista. Optou-se por essa forma porque não havia interesse na análise individual por categoria profissional.

Cada entrevista foi inserida na íntegra em uma planilha no Excel (APÊNDICE E), contendo o número da entrevista e as situações, sendo que os comportamentos e consequências foram agrupadas separadamente. Em algumas entrevistas encontrou-se mais de um incidente, de modo que se separavam pelas iniciais e pelo número do incidente, Situação (S)1, Comportamento (C)1 e Consequência/Resultado (R)1, sendo um incidente (S1/C1/R1).

Na análise dos incidentes, identificou-se e isolou-se em planilha no Excel cada situação relatada pelo entrevistado (APÊNDICE F), bem como todos os comportamentos/ações realizadas (APÊNDICE G) e as consequências, para o usuário e para os profissionais envolvidos (APÊNDICE H).

A identificação de todos os incidentes e sua respectiva situação foram inseridas em planilha Excel (APÊNDICE F), na primeira coluna inseriu-se o número da entrevista, na segunda coluna a descrição da situação, na terceira coluna a percepção positiva e na quarta a percepção negativa do entrevistado acerca da situação, na última linha contabilizou-se numericamente o número total de incidentes e as respectivas percepções positivas e negativas.

Todos os relatos de comportamentos e consequências foram inseridos em planilhas no Excel (APÊNDICE G e APÊNDICE H), foram incluídos os respectivos números das entrevistas, descrições e as percepções positivas e negativas.

A identificação e agrupamento das situações, bem como dos comportamentos e consequências permitiu a categorização dos dados por semelhança de conteúdos. Nessa fase, a utilização de referenciais teóricos favoreceu a construção de categorias adequadas ao objeto de estudo.

Na análise do conteúdo dos incidentes, isolaram-se primeiramente as situações, em seguida realizou-se o agrupamento em categorias, segundo similaridades de conteúdo, posteriormente levantaram-se as frequências de cada categoria, bem como seus aspectos positivos e negativos.

Na sequência, sucederam-se a leitura e a releitura exaustivas dos relatos, agruparam-se os comportamentos emitidos naquela situação e as consequências, conforme os elementos da TIC (FLANAGAN, 1973), ambos os elementos foram reunidos em categorias mais abrangentes por similaridades, para fornecer a análise do processo de trabalho em equipe de assistência ao paciente na unidade estudada. Nessa fase, constatou-se a necessidade de formulação de subcategorias de comportamentos e consequências, o que favoreceu a categorização propriamente dita.

Após a categorização dos comportamentos e consequências, procedeu-se ao levantamento das frequências e porcentagens para cada uma das categorias de comportamento e consequência, bem como para sua referência positiva e/ou negativa.

As categorias de comportamento foram expressas por meio de um verbo, o que implica uma ação na qual o trabalhador expressou ou evidenciou determinado comportamento (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

Com isso, finalizou-se a avaliação do processo como um todo, que determina o alcance ou não dos objetivos da pesquisa, indica presença de obstáculos, limitações e pode ainda vislumbrar desdobramentos necessários para novas intervenções.

Para a análise, utilizou-se a estatística descritiva com frequências e percentuais. A discussão foi feita a partir do referencial teórico adotado.

6.5 Procedimentos éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c), tendo sido aprovado conforme Protocolo nº 503/2011 (ANEXO 1).

Inicialmente foi enviado um ofício ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP informando os objetivos e finalidades do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa. De posse da resposta autorizando o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do referido Hospital e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

Aos sujeitos da pesquisa (APÊNDICE D), aos validadores de conteúdo e aos sujeitos que responderam ao pré-teste (APÊNDICE C), foram utilizados os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando, individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa. Após, foram assinados pelos sujeitos e pela pesquisadora.

7. RESULTADOS

Considerando os objetivos desta tese, os resultados são apresentados em duas seções. Inicia-se pela caracterização dos participantes da pesquisa, segue-se com a apresentação dos incidentes críticos, as situações, os comportamentos e as consequências acerca da dinâmica do trabalho em equipe de saúde no cenário do estudo.

7.1 Caracterização dos participantes do estudo

Dos 80 profissionais que atenderam os critérios de inclusão, participaram deste estudo 64 profissionais da equipe de assistência ao paciente da unidade de urgências traumáticas, sendo 21 auxiliares de enfermagem (32,8%), 17 enfermeiros (26,6%), 13 técnicos de enfermagem (20,3%), nove médicos (14,1%) e quatro assistentes sociais (6,2%).

Dos 16 que não participaram, quatro estavam afastados, e os demais não se obteve 100% de participação, pois as entrevistas foram realizadas durante o horário de trabalho dos profissionais, demandando o afastamento temporário de suas atividades cuja situação nem sempre é possível nas unidades desse serviço. Para esses casos realizou-se um agendamento em horário oportuno, para o profissional, fora do expediente de trabalho, quando após três agendamentos, o profissional não compareceu foi considerado desistente.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais da equipe de saúde participantes, quanto à idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação no cenário de estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes da sala de trauma, segundo idade, sexo, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação na unidade. Ribeirão Preto, SP, 2014

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
25 l- 35	29	45,3
35 l- 45	19	29,7
45 l- 55	14	21,9
≥55	2	3,1
Total	64	100
Sexo		
Masculino	18	28
Feminino	46	72
Total	64	100
Categoria Profissional		
Enfermeiro	17	26,6
Auxiliar de enfermagem	21	32,8
Técnico de enfermagem	13	20,3
Médico	9	14,1
Assistente social	4	6,2
Total	64	100
Tempo de formação profissional (anos)		
0 l- 5	6	9,4
5 l- 15	32	50
15 l- 20	19	29,7
≥20	7	10,9
Total	64	100
Tempo de atuação na unidade (anos)		
0 l- 10	40	62,5
10 l- 15	13	20,3
15 l- 20	7	10,9
≥20	4	6,3
Total	64	100

Assim, na análise dos dados apresentados na Tabela 1, observou-se que a maioria dos participantes são adultos jovens, haja vista que 47 (75%) dos profissionais tinham entre 25 e 45 anos. Os profissionais do sexo feminino estavam em maior número (72%), bem como a categoria profissional de enfermagem representa 79,7% dos participantes. Quanto ao tempo de formação, destacaram-se 51 (79,7%) profissionais que tinham entre 6 e 20 anos. Em relação ao tempo de atuação na unidade, um número importante 40 (62,5%) atuava entre seis meses e 10 anos.

7.2 Apresentação dos incidentes críticos

Considerando-se o total de entrevistas com os 64 participantes, foram relatadas 107 situações que pudessem constituir-se em incidentes críticos, sendo 56 positivas e 51 negativas, que envolveram 614 comportamentos e 267 consequências vinculadas ao trabalho em equipe na unidade de urgências traumáticas. Foram descartados relatos que não continham situações vivenciadas ou presenciadas, não se caracterizando incidentes críticos e sim opiniões expressas pelos profissionais. Cabe destacar que, embora houvessem ideias importantes sobre o trabalho em equipe, não atendiam os objetivos e métodos propostos para essa investigação.

Os resultados dos incidentes críticos são apresentados conforme identificação dos três elementos que os compreendem, a saber: situações, comportamentos e consequências.

7.2.1 Identificação das situações

A análise dos incidentes permitiu a identificação de 107 situações que, posteriormente, foram agrupadas em função da semelhança de conteúdo em quatro grandes categorias. Cada situação recebeu referência positiva ou negativa e foi caracterizada em relação à frequência de ocorrência e porcentagem, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das categorias de situações positiva e negativa, referentes ao trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Categorias de situações	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Atendimento ao paciente com trauma grave/moderado	41	38	24	22	65	61
Atendimento ao paciente com trauma leve	5	5	12	11	17	16
Atendimento a múltiplas vítimas	5	5	9	8	14	13
Atendimento aos familiares	5	5	6	6	11	10
Total	56	52	51	48	107	100

Do total de situações, houve predomínio da categoria **atendimento ao paciente com trauma grave/moderado** (61%), sendo que 38% recebeu referência positiva e 22% negativa.

A distribuição do percentual entre as situações positivas e negativas foi de 52 e 48%, respectivamente.

O atendimento ao paciente com trauma grave/moderado requer medidas terapêuticas imediatas, ações sistematizadas, rápidas e resolutivas, além de exigir agilidade e competência para atender às necessidades identificadas em um tempo limitado, as atividades são inúmeras, o risco de morte é iminente, o quadro clínico é instável. Assim, o processo de trabalho se molda na luta contra o tempo para o alcance da estabilidade clínica desses pacientes. Em contrapartida, os atendimentos ao paciente com trauma leve são caracterizados por demanda pouco ou não urgente, casos menos graves que necessitam de avaliação, mas podem aguardar.

Os dados evidenciam que o hospital de estudo, de nível terciário, cumpre sua missão institucional de responder às demandas de alta complexidade/gravidade que necessitam de maior densidade tecnológica e tratamentos especializados.

Na percepção dos participantes o **atendimento ao paciente com trauma grave/moderado** representa o objeto principal do trabalho em equipe de assistência à saúde, nessa unidade, haja vista que são percebidos como positivos por responderem adequadamente às demandas previstas para a unidade, além de promover articulação e interação da equipe, para garantir atendimento adequado e eficiente, conforme se observa nos relatos abaixo.

a gente se deparou com uma situação que recebemos um paciente idoso, não estava usando o cinto de segurança então quando ele sofreu a pancada, ele teve várias fraturas de arcos costais até a fratura de esterno, tudo assim, inteirinho. Foi muito rápido o atendimento, o contratado estava junto, aí a gente... os residentes R1 já rapidinho conseguiram fazer um dreno de tórax, deu uma leve aliviada. Foi observando que esse paciente começando a dessaturar a equipe tava toda junto (E31).

Bom, teve um menino afogado, uma criança, ele chegou já intubado. Já tinha sido avisado, avisamos a pediatria, eles desceram, foram recebendo, fazendo todas medicações necessárias... mas o menino ficou parado bastante tempo. Então, assim, teve uma interação muito boa porque já

desceram três médicos da pediatria e mais os médicos aqui de baixo. Tínhamos tudo pra receber um paciente pediátrico bem complexo (E22).

... foi um paciente que chegou com uma facada no tórax, na verdade foi assim, próximo ao tórax, tinha furado o diafragma e fez uma toracotomia no poli. Então, a toracotomia é o auge do atendimento. A questão de multiprofissional, nós enfermeiros tanto quanto os auxiliares, a gente principalmente num poli, quando o poli é grave, a gente tem pouco problema (E01).

... foi um atendimento que nós fizemos num domingo a noite final de plantão, foi após as 18h, foi um acidente com uma caminhonete próximo ao Hospital Santa Tereza e quem trouxe foi o Corpo de Bombeiros e um carro particular, então vieram duas crianças muito graves pro hospital, e assim veio sem a gente saber chegariam e, foi um atendimento que me marcou bastante, porque nós conseguimos trabalhar em equipe (E56).

Esses dados reforçam a organização do serviço e o preparo da equipe para atendimentos de maior gravidade, perspectiva condizente à inserção do hospital na atenção às urgências no município e na região.

Em contrapartida, os aspectos negativos são percebidos em relação ao quadro clínico do paciente, pela equipe não receber informações prévias acerca dos casos, bem como os casos encaminhados em vaga zero, conforme pode ser evidenciado nos relatos a seguir.

Uma queda, em vaga zero, parou aí na porta, intubado, veio com ambulância. Tava intubado, sem prancha rígida, sem colar cervical, era um trauma grave, tinha um hematoma há mais de 24h (E54).

Um rapaz esfaqueado, que demorou para ser encaminhado, chegou aqui no hospital muito grave, teve uma parada cardíaca, abrimos o tórax dele, reanimamos, ele voltou e subiu com o tórax aberto pro centro cirúrgico. Uma lesão grave e acabou morrendo... (E08).

Recentemente, recebemos uma paciente, vítima de uma batida de carro, não estávamos esperando essa paciente, chegou sem ser avisado, somente intubada, sem acesso venoso, chocada. Providenciamos acesso e tudo muito rápido, a equipe estava reduzida, a sala estava cheia, não tínhamos vaga, não fomos avisados previamente dessa chegada desse

paciente, veio no vaga zero, isso realmente prejudicou (E07).

Uma criança afogada, o médico contratado não avisou, ninguém sabia que a criança tava chegando, o SAMU encostou na sala de trauma, não tínhamos maca pra atender, a criança ficou 25 minutos parada, foi precário o atendimento no local, não tinha leito pra colocar o menino, a equipe tinha que ter sido avisada, a criança foi a óbito... (E19).

Vislumbra-se que os participantes percebem com maior facilidade os aspectos positivos do **atendimento ao paciente com trauma grave/moderado**, no que diz respeito a atuação da equipe, articulação e interação, a fim de garantir atendimento adequado/eficiente.

As situações vivenciadas desencadeiam comportamentos que são apresentados no tópico a seguir.

7.2.2 Identificação dos comportamentos

Foram identificados 614 comportamentos e agrupados por semelhança de conteúdo em três categorias, construídas conforme os referenciais teóricos adotados e adequados ao objeto de estudo.

O número de comportamentos é maior que o número de incidentes relatados, uma vez que compreende as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais durante os atendimentos, e são inúmeras diante da gravidade dos casos e organização do trabalho na unidade. Importante destacar que houve riqueza de detalhes e de ações dos profissionais da equipe de assistência durante as situações relatadas, que talvez decorra das peculiaridades do local de estudo.

A Tabela 3 apresenta as frequências e porcentagens obtidas para cada uma das categorias de comportamentos extraídas dos incidentes críticos, cada comportamento recebeu referência positiva ou negativa, segundo a participação dos partícipes.

Tabela 3 - Distribuição das categorias de comportamentos positivo e negativo, referentes ao trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Categorias de comportamentos	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cuidado em saúde	191	31	66	11	257	42
Interação dos agentes	188	31	61	10	249	41
Comunicação	67	11	41	7	108	18
Total	446	73	168	27	614	100

A Tabela 3 evidenciou 614 comportamentos relatados pelos profissionais. A maioria de comportamentos foi positivo 446 (73%) e 168 (27%) negativos; os dados indicam predomínio das categorias **cuidado em saúde** (42%) e **interação dos agentes** (41%).

As categorias de comportamentos positivas mais frequentes foram **cuidado em saúde** (31%) e a **interação dos agentes** (31%) e a categoria mais frequente negativa foi a **cuidado em saúde** (11%).

Em destaque, a categoria **cuidado em saúde** inclui comportamentos/ações prioritariamente assistenciais para atender as necessidades imediatas identificadas nos pacientes, como as apontadas nos relatos.

O atendimento, o pessoal chegou, nós já fomos para o poli, colocamos o paciente na maca, já fomos tirando a roupa, já monitorizando, os médicos chegaram e foram atendendo fazendo o que tinha que fazer é cada um já veio puncionar veia, os médico já vieram avaliar as equipes que tinham que vir já vieram e foram atendendo (E30).

... o médico fez uma toracotomia no poli mesmo. Então, a toracotomia é o auge do atendimento, não são todos que iam fazer uma toracotomia em determinada situação, a diferença realmente é o conhecimento! Tem aquele que sabe fazer, que já fez, que tem a experiência (E01).

Pode-se afirmar que, na visão dos participantes, a **interação dos**

agentes de saúde é entendida como um fator que interfere positivamente no trabalho em equipe, coexistem aspectos como parceria, respeito, entrosamento, sintonia, harmonia e bom relacionamento, no sentido de obter um objetivo comum e a qualidade da ação.

Eu acho que aqui no poli a gente tem um atendimento muito bom, é muito rápido, é muito bom, cada um sabe o seu papel. O ringer já está lá postos, os tubos prontos e sabe o que vai colher. A tomo não vai chamar outro paciente, ele espera o poli, é tudo muito sincronizado (E63).

A equipe interage bem. Cada um assim, já tem seu ponto de vista e sabe como deve agir. Cada profissional aqui sabe o que tem que fazer, que nem a enfermagem, o paciente chega, vamos supor, se a gente tiver um enfermeiro, dois auxiliares, três auxiliares, o paciente chega sem veia, um já vai, já pega veia, o outro já vai ajudando, o outro já colhe sangue, já pega soro, o outro já vê que tipo, você já olha você já sabe o que tem que fazer, a gente já sabe, não tem nem que falar com o outro assim (E30).

O comportamento é a ação realizada pelos agentes para transformar o objeto principal do trabalho (necessidade de saúde do usuário). Essa é mediada por instrumentos materiais e não materiais como equipamentos e saberes específicos nas situações relatadas. Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelos sujeitos atuantes em todo processo de trabalho tem como objetivo/finalidade resolver as necessidades de saúde do usuário.

Assim, na percepção dos participantes, o objeto de trabalho é o cuidado e a interação dos agentes e serviços para atender, de forma resolutiva, as necessidades de saúde dos pacientes vítimas de traumas. Utilizam instrumentos como conhecimento científico e sistematização da assistência, as ações são compartilhadas e articuladas para garantir o cuidado, por meio de procedimentos invasivos e complexos.

Existem inúmeros instrumentos e ações empregadas para a realização do trabalho na unidade estudada, dentre essas os participantes destacaram que o **cuidado em saúde** também pode interferir negativamente no trabalho em equipe quando há despreparo dos profissionais, fragmentação das ações, individualidade de alguns membros da equipe, imprevisibilidade e grande instabilidade do quadro

clínico dos pacientes.

E a criança foi a óbito. Acho que iria mesmo, de qualquer forma, ele já veio precário e ninguém sabia que esse paciente ia chegar, só o contratado, ele não passou nem para os residentes dele. Aí quando ele desceu, ele justificou: 'Ah, é porque eu tava no centro cirúrgico'. Ele podia ter pedido pra alguém avisar, né. A falta de comunicação foi o que prejudicou o atendimento da criança (E19).

Não fomos avisados, não tava nada preparado, não tinha material preparado, não tinha maca pra pôr a criança, a maca ainda tava suja que paciente tinha acabado de sair, faltou comunicação entre o contratado e a sala de trauma, não foi avisado que a criança ia chegar porque veio direto do local, então, a regulação ligou, avisou pra ele que vinha a criança e ele não avisou, como veio direto do local a criança chegou, nem os residentes estavam sabendo, só tava ele (contratado) lá no centro cirúrgico sabendo. Aí esse é o ponto negativo porque a equipe multidisciplinar não tava sabendo de nada porém, aqui o acesso é rápido (E20).

Para dar uma dimensão de como foram constituídas as três grandes categorias dos comportamentos, realizou-se a divisão das categorias em subcategorias, descrevendo relatos de comportamentos positivos e negativos.

Os comportamentos elencados para a subcategoria **cuidado em saúde** estão apresentados na Tabela 4, que ilustra suas subcategorias, bem como as referências positivas e negativas e a frequência com que ocorreram os relatos.

Tabela 4 - Distribuição das subcategorias de comportamentos positivo e negativo, referentes ao cuidado de saúde no trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Subcategoria de comportamento	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tomar decisões baseadas em amplos conhecimentos científicos e experiência	112	44	9	4	121	47
Vivenciar atendimento estressante em situação de emergência	6	2	44	17	50	19
Realizar atendimento humanizado do familiar/paciente	32	12	12	5	44	17
Realizar atendimento com rapidez, agilidade e tranquilidade	41	16	1	0	42	16
Total	191	74	66	26	257	100

Dentre os comportamentos relatados pelos participantes em relação à subcategoria **cuidado em saúde**, a maioria dos relatos de comportamentos foi positiva 191 (74%). O comportamento **tomar decisões baseadas em amplos conhecimentos científicos e experiência** foi o de maior referência positiva (44%), o negativo mais frequente foi **vivenciar atendimento estressante em situação de emergência** (17%).

O trabalho na unidade hospitalar de urgências traumáticas requer profissionais altamente preparados para atendimentos de alta complexidade em que as ações sejam baseadas em amplos conhecimentos científicos, capacitação e experiência para, assim, favorecer a tomada de decisões no atendimento às necessidade de saúde dos pacientes.

Na percepção dos participantes, o comportamento mais frequente e positivo na subcategoria foi a **tomada de decisões baseadas em conhecimento científico e experiência**, com toda a equipe na participação, diagnóstico e realização do atendimento adequado e rápido aos pacientes, além de priorizar e realizar procedimentos de alta complexidade.

Um caso que chamou atenção, um caso há duas semanas, aqui na sala de poli, foi um rapaz que levou uma facada, um esfaqueado, que demorou para ser encaminhado, isso acho que foi um erro de atendimento, que por um erro de triagem, ele acabou indo para um serviço menor, não era para ter ido para lá, era para ter ido para um hospital terciário e aí ele chegou aqui no hospital muito grave já e ele teve uma parada cardíaca na sala de emergência e a gente abriu o tórax dele, fez uma reanimação, ele voltou e subiu com o tórax aberto pro centro cirúrgico (E08).

Então no momento que chega dois graves pra você, você tem que saber discernir o que é primordial, então você num pode é, por exemplo, querer ir na mãezinha que já tava intubada ou na criança, a criança necessitava é... que tava grave, precisava chamar a pediatria, os outros profissionais pra poder ver. Mas, nós dividimos a nossa equipe de enfermagem, então ficou dois com a mãe e eu havia ficado com a criança, tá (E11).

A pediatria extremamente calma, conseguiu manter o controle de toda equipe, até em relação ao fracionamento de dose, a pediatra intensivista que desceu aí ficou no atendimento da criança dois enfermeiros e a equipe da pediatria e o contratado do poli manteve o atendimento com a mãe, adulta. E foi tranquilo, foi feito tudo corretamente. A hora que eles fizeram todo o primeiro atendimento, aí que a neurologia entrou pra fazer o atendimento, isso nós tivemos um tempo até essa mãe ir pra tomografia de uns doze minutos demorou, mas não teve assim, ninguém passou na frente de ninguém. A ortopedia avaliou, numa segunda ocasião (E02).

Na assistência às urgências traumáticas o processo de tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos e experiência interfere positivamente no prognóstico, assim como na redução de sequelas nas vítimas de trauma, respondendo à finalidade do trabalho nesse setor.

Teve um moço que foi atropelado pela suposta vítima dele. Rápido ele foi atendido pela enfermagem, médico, enfermeiro, assistente social. Eu acho que aqui no poli a gente tem um atendimento muito bom, é muito rápido, é muito bom, cada um sabe o seu papel. O ringer já está lá postos, os tubos prontos e sabe o que vai colher, tudo muito sincronizado (E63).

Conseguimos rapidamente encaminhar a criança para o centro cirúrgico, porque ela estava com um hematoma subdural, subiu

pra fazer uma drenagem de hematoma em tempo correto, foi intubado em tempo correto, nós não conseguimos pegar veia, uma das pediatras desceu, pegou veia, fez a tomografia, subiu imediatamente depois que nós fomos dar atendimento ao outro paciente (E11).

O comportamento **vivenciar atendimento estressante em situação de emergência** foi predominantemente negativo (17%), alguns atendimentos são considerados estressantes devido à gravidade do caso, à imprevisibilidade dos atendimentos que resultam em um ambiente permeado de instabilidade.

... A equipe toda estava preocupada, todo mundo nervoso, então não teve aquela sincronização cada um fazendo uma coisa, tava todo mundo fazendo a mesma coisa ao mesmo tempo. Então, assim os médicos mesmo apavorados. Teve um episódio que eles foram drenar o tórax do paciente e, espirrou PVPI na enfermeira, então assim teve um estresse, o médico contratado não conseguia realizar a intubação do paciente. Então, assim, eu acho que foi um trauma assim tumultuado (E21).

... e o negativo é que a gente não tava esperando, não estava preparado para atender aquele tipo de paciente. Não tinha nenhum material preparado para aquele tipo de atendimento que foi uma urgência muito grave, um paciente que precisou fazer uma toracotomia (E06).

Ao atendimento em si, de negativo. Assim, nós não demoramos muito, mas assim, é frustrante você chegar na situação que elas chegaram e você não ter nada na mão, então o princípio do atendimento é extremamente conturbado, eu, enquanto enfermeira, tive que me centrar e direcionar, os próprios auxiliares: 'Fulano você atende esse, fulano vai pra aquele' e ir direcionando, porque fica todo mundo perdido. A própria equipe médica, tinha muita gente dentro do trauma. Atrapalha demais, fica um batendo cabeça, muita gente vem por curiosidade não é nem pra atuar, é por curiosidade, então você tem que ir direcionando e ir impondo ordem ali, então o início do atendimento é sempre muito conturbado (E56).

A distribuição da subcategoria de comportamento relacionada à **interação dos agentes**, juntamente aspectos positivos e negativos, foram relacionadas à sua frequência de ocorrência e porcentagem, apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das subcategorias de comportamentos positivo e negativo, referentes à interação dos agentes no trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Subcategoria de comportamento	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Articular ações entre agentes e serviços	89	36	53	21	142	57
Atuar em equipe em situação de emergência	99	40	1	0	100	40
Presenciar situações de conflito entre agentes	0	0	7	3	7	3
Total	188	76	61	24	249	100

Na subcategoria **interação dos agentes**, os relatos positivos foram a maioria 188 (76%) em relação aos negativos 61 (24%). Um dado que chamou a atenção refere-se ao comportamento **atuar em equipe em situações de emergência**, visto que 40% desses relatos foram positivos. Outro aspecto relevante identificado pelos participantes foram as referências negativas do comportamento **articular ações entre agentes e serviços** (21%).

Os depoimentos apresentados enfatizam a importância do atendimento à saúde acontecer em uma rede de atenção interdependente. Nesse sentido, ações realizadas no atendimento hospitalar dependem da articulação de seus agentes com outros serviços intra e extra-hospitalares para favorecer a qualidade no processo de atendimento, como mostram os relatos a seguir.

Por volta das 16 horas do ano de 2008 ou 2007, chegou um paciente de Orlândia, queimado, não era um, era uma usina que havia explodido e que eram assim, vieram diversos paciente pra cá, gravíssimos! Aí foi... a Unidade de Emergência todinha se sensibilizou, veio pessoal do 4º andar, veio do 2º, veio do Banco de Sangue, veio diretoria do hospital, foi assim... a equipe inteirinha se integrou e teve um andamento, né? Todos os pacientes que iam ser transferidos pro andar, foram transferidos. Quem não tinha noção de enfermagem, pegava etiqueta, identificava um tubo, o outro ia e empurrava maca, eu achei muito interessante, foi bom (E12).

mobilizou muita gente, todas as equipes desceram foi um

trabalho em conjunto, foi dois atendimentos praticamente simultâneos, duas crianças muito graves, uma delas foi a óbito, posteriormente, e assim me marcou bastante e que nós conseguimos realmente trabalhar em equipe, entrou todo mundo, tanto o controle de leitos, o serviço social, a equipe de enfermagem, a equipe médica, então assim foi muito, o atendimento no final foi muito no contar aí da situação foi um atendimento positivo (E56).

Eu acho positivo é essa sincronização da equipe, assim, de descer vários profissionais, o médico contratado, aí desce a neuro, desce ortopedia, então, às vezes, eles atendem ao mesmo tempo, enquanto a cirurgia tá avaliando, a neuro também tá avaliando então eu acho importante isso (E21).

... foi acionado o raio-x, veio imediatamente, mesmo com os dois pacientes, tinha algumas coisas precisavam ser feitas como colocar dreno porque tava com hemotórax, então tinha que vir, o raio-x, aí veio... inclusive foi um coisa legal porque veio a ultrassom. Enquanto um tava fazendo o raios-X veio o outro pra fazer o ultrassom na criancinha pequenininha (E11).

O comportamento **atuar em equipe em situações de emergência** retrata a integração de diferentes categorias profissionais e saberes em torno de um objetivo comum, aspecto esse que indica o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe pelos participantes. Na fala dos profissionais, identifica-se positivamente características de um trabalho em equipe nessa unidade.

Dentro aqui do hospital é um espírito de equipe quando acontece essas situações muito graves, a equipe é multiprofissional, cada um faz sua parte, todo mundo trabalha em conjunto porque senão a coisa não funciona (E08).

É que tem que ter, como eu posso te dizer... interação. Tem que ver não só a sua clínica, vê o paciente global. De uma visão cada um fazendo assim, que cada um é uma equipe multiprofissional, que cada um. Não é ver só seu pedaço, o seu papel, tem que ter uma visão direcionada para o paciente global. Eu achei que de positivo, cada um fez a sua parte, na grande realidade (E11).

Segundo relato dos participantes, as referências negativas do comportamento **articular ações entre agentes e serviços**, reportavam-se à desarticulação dos saberes e ações entre os agentes da própria equipe e entre

diversos setores e serviços, intra e extra-hospitalares.

Chega uma criança e, já bipa neuro, bipa pediatria, bipa ortopedia, aí vem todo mundo ao mesmo tempo e todo mundo quer pôr a mão no paciente e fica complicado. Cada clínica quer fazer a sua parte! E tem muita clínica que vê só a sua parte mesmo (E19).

Outra coisa, do colar é esperando o nível de consciência e o colar é da neurocirurgia, o colar cervical da neurocirurgia, tá! Mas o nível de consciência é da neurologia. Aí eles não entram em um entendimento quem é que vai prescrever. Então, às vezes, você acaba ficando, com um paciente que tá de jejum, não tem nível de consciência, sem nem um soro prescrito, tá contido no leito porque tá desorientando, tem períodos de agitação e acaba fazendo uma úlcera por pressão. A maior dificuldade é isso, é o entendimento entre eles, atender o paciente como um todo, e a gente que é da enfermagem que acaba ficando com isso. Exatamente! Eu acho que é nossa maior dificuldade! Porque justamente desses momentos que surge os conflitos e muitos (E04).

A categoria intitulada de **comunicação**, apresentada na Tabela 6, ilustra comunicar equipe de atendimento e outros setores hospitalares acerca dos casos, receber informações da regulação médica do serviço de atendimento pré-hospitalar e comunicar a família, bem como suas referências positivas ou negativas e, frequência com que ocorreram.

Tabela 6 - Distribuição das subcategorias de comportamentos positivo e negativo, referentes à comunicação no trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Subcategoria de comportamento	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Comunicar agentes	34	31	19	18	53	49
Receber informações	21	19	10	9	31	29
Comunicar família	12	11	12	11	24	22
Total	67	62	41	38	108	100

Foram identificados 108 relatos de comportamentos referentes à subcategoria comunicação, a maioria das referências foi positiva (62%), houve predomínio do comportamento **comunicar agentes** da equipe de atendimento e de outros setores hospitalares, sobre os casos, recebeu 31% das referências positivas dessa subcategoria e 18% das referências negativas. Conforme os dados apresentados, destacou-se o comportamento **receber informações da regulação médica e do serviço de atendimento pré-hospitalar de casos encaminhados para unidade de urgências traumáticas**.

Os resultados demonstram relações de diálogo e interação entre os diferentes profissionais da equipe e os diversos setores e serviços intra e extra hospitalares responsáveis pelo atendimento, na busca de continuidade e integralidade do cuidado, que não se esgota na sala de trauma.

Quando o médico contratado avisa a equipe de enfermagem, principalmente, que vai chegar um paciente grave, a equipe prepara a sala, prepara o leito, prepara a medicação já, esquenta cristaloide, prepara material para acesso venoso, o material para intubação e o atendimento é muito mais dinâmico (E19).

A enfermeira comunicou a assistente social, foi a enfermeira que teve ideia de falar com a assistente social pra tentar fazer um contato com a polícia rodoviária através da placa do carro e puxar o endereço dela. Aí, o endereço dela era de Uberlândia ou Uberaba, não me lembro direito e aí foi com sucesso feito esse contato. Aí, os familiares se deslocaram de lá pra cá, enquanto isso foi dado todo o atendimento (E45).

Cabe ressaltar que a ação, **receber informações da regulação e pré-hospitalar acerca dos casos** é um fator relevante e positivo no tocante ao acesso do paciente à sala de trauma, pois essas informações favorecem a organização do serviço e possibilitam criar condições adequadas para um atendimento eficiente, como é possível evidenciar nas falas que seguem.

A regulação ligou que tava chegando esse capotamento, que era a mãe e a criança, sendo a mãe em estado gravíssimo, já em Glasgow 3 e a criança não (E02).

Acho que na minha visão foi tudo positivo, por conta disso, tinha todos materiais de intubação para uma criança, oxímetro, tudo, tudo preparado. Eles ligaram avisando que ia chegar então já liga, já bipa, aí já deixa avisado, na hora que encosta a ambulância já tem a enfermeira, já dá o toque, já tava todo mundo aqui embaixo, antes do paciente ser posicionado direito na maca já estavam todos os profissionais aqui embaixo, então foi muito rápido, acabou sendo muito bom, eu acho... o pessoal daqui é muito bem treinado (E22).

Foi um paciente esfaqueado que chegou, veio de Samu, veio pelo Samu tava avisado! A gente já tava esperando, tava toda a equipe (tava toda equipe esperando esse caso, a gente já monta o material esperando, que já sabíamos o que ia chegar. Não, a gente já deixa tudo montado, o respirador montado, o médico da cirurgia já tá avisado, já sabia que ia chegar, sempre já tá um R1 aqui esperando junto com a gente (E33).

Segundo os participantes, a ausência de comunicação entre os membros da equipe e de outros serviços influencia negativamente na continuidade do trabalho em equipe.

Chegou um baleado, a equipe não estava sabendo da chegada dele, chegou com uma ambulância, não sei se foi básica ou Samu, chegou sem acesso, sem intubar, sem nada, tivemos que fazer tudo de imediato, ele não tinha acesso, não tinha nada, o negativo é que não estávamos esperando, não tínhamos nada preparado para atender aquele tipo de paciente (E06).

A regulação ligou e avisou que receberíamos um trauma. Uma batida de carro, segundo a regulação a equipe pré-hospitalar estava fazendo uma punção no paciente no local do acidente, para aliviar a falta de ar, porém, esse paciente chegou sem essa punção, sem estar intubado, tava com uma respiração péssima (E31).

A análise dos comportamentos identificados gerou um conjunto de consequências referente às condutas apresentadas pelo indivíduo/equipe diante de situações e comportamentos.

7.2.3 Identificação das consequências

Após análise e identificação das consequências oriundas da dinâmica do trabalho em equipe de assistência aos pacientes vítimas de trauma, realizou-se o agrupamento das mesmas em três categorias: relacionadas aos pacientes, aos profissionais da equipe e ao serviço, segundo similaridade de conteúdo.

As categorias de consequências relatadas pelos participantes estão apresentadas na Tabela 7, com as respectivas referências positivas, negativas, a frequência de ocorrência e porcentagem para cada categoria.

Tabela 7 - Distribuição das categorias de consequências positiva e negativa, referentes ao trabalho em equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Categoria de consequência	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Relacionadas à equipe	103	39	45	17	148	55
Relacionadas ao paciente	50	19	22	8	72	27
Relacionadas ao serviço	2	1	45	17	47	18
Total	155	58	112	42	267	100

Foram extraídas 267 consequências dos incidentes, dentre essas houve predomínio dos aspectos positivos 155 (58%), a categoria **relacionada à equipe**, além de ser a mais frequente 148 (55%), também teve o maior número de referências positivas 103 (39%). Os dados evidenciaram similaridade entre as consequências apontadas como negativas nas categorias **relacionadas a equipe** (17%) e as **relacionadas ao serviço** (17%).

De acordo com a percepção dos participantes, a categoria **relacionada à equipe** favorece a realização de um trabalho integrado, sincronizado, harmonioso, garantindo agilidade da equipe na assistência prestada às vítimas de trauma. Essa sintonia da equipe é gerada de ações conjuntas, que viabilizam um atendimento rápido e adequado, como ilustram as falas a seguir.

... agora em relação a sincronização de atendimento, todo mundo tá treinado... (E02).

Nossa, o atendimento foi perfeito! Com aquela mãe, sabe? E aí o pai, o pessoal do serviço social, todo mundo trabalhou em conjunto aquele dia (E05).

... da equipe todo mundo fez a sua parte, teve um entrosamento da equipe e eu acredito que não teve problemas... (E06).

... fluiu muito bem toda pediatria já tava aqui em baixo e isso foi muito positivo, nós conseguimos juntos atender os dois simultaneamente de uma forma assim positiva (E56).

... Agora o que facilita é a harmonia, tem ajuda, tudo na mão é harmonioso, um olha para a cara do outro e sabe o que fazer. No atendimento, quase nunca precisa pedir, todo mundo sabe o que acontece, se termina o soro o outro já coloca, esquenta o soro, é harmonioso, independente do profissional, é bom traz segurança para nós (E62).

... Esse foi um dos melhores atendimentos. Agilidade, a confiança, a tranquilidade porque assim foi o único momento assim, que tipo assim, mas assim naquela coisa de tranquilidade mesmo, de rapidez, de conhecimento, de saber o tava fazendo por toda a equipe que trabalhou junto... (E31).

Ao analisar a consequência **relacionada ao serviço**, percebe-se, nas falas, a importância da existência de condições adequadas que incluem desde o ambiente, o pessoal, até o material necessário para o desempenho das atividades. Nesse sentido, a ausência desses meios e instrumentos é apontada pelos profissionais como um aspecto que interfere negativamente na realização do trabalho, como evidenciam os depoimentos abaixo.

... Então, foi assim, foi caótico porque, infelizmente, o número de funcionário na sala de trauma é pouco pra essa situação, mas, graças a Deus, como a gente é unido, saiu de três setores, acho que da sala de estabilização e do Box, fomos prá lá e demos o atendimento, infelizmente (E13).

De repente, entra a criança pela porta da frente, na maca da ambulância, num tinha maca pra colocar. Um aninho! É uma

situação que desestrutura todo mundo porque criança, além de tudo, mexe muito com o emocional (E02).

Era um momento que a equipe ficou, tipo, duas horas e meia com o paciente pra tentar estabilizar o paciente, pra saber o que tava acontecendo e assim o atendimento ocorreu em cima de uma maca de ambulância. Então, a gente intubou, drenou, massageou numa maca de ambulância. Não tinha vaga, não tinha maca (E31).

Para dar uma dimensão de como foram constituídas as três categorias das consequências, realizou-se a divisão das categorias em subcategorias, descrevendo relatos relacionados à equipe, ao paciente e ao serviço, bem como as referências positivas e negativas.

As consequências elencadas para a categoria **relacionada à equipe** estão apresentadas na Tabela 8, que ilustra suas subcategorias, referências positivas, negativas e a frequência com que ocorreram os relatos dos participantes.

Tabela 8 - Distribuição das subcategorias de consequências positiva e negativa, referentes à equipe, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Subcategoria de consequência - Relacionada à equipe	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Atendimento completo e seguro	102	69	16	11	118	80
Dificuldade com o inesperado	1	1	19	13	20	14
Conflitos entre os agentes	0	0	10	7	10	7
Total	103	70	45	30	148	100

Constatou-se, na Tabela 8, que houve predomínio das consequências positivas (70%). A subcategoria **atendimento completo e seguro** obteve a maioria das referências positivas (69%), e referências negativas concentram-se na subcategoria **dificuldade da equipe em atuar com o inesperado** (13%).

Os dados mostram a soma de habilidades e ações dos diversos profissionais que, interagindo e articulando-se, desenvolvem um atendimento sistematizado, criterioso e seguro, a fim de responder às demandas de alta

complexidade que necessitam de assistência baseada em condutas prioritárias e rápidas.

Nessa lógica, o cuidado às vítimas de trauma tem como objeto do processo de trabalho o atendimento sincronizado da equipe de saúde que, baseada nas diretrizes do ATLS, realiza assistência completa, rápida e ágil com vistas a atender as necessidades imediatas de saúde e minimizar sequelas decorrentes dos agravos traumáticos.

O que facilita é a harmonia, tem ajuda, tudo na mão é harmonioso, um olha para a cara do outro e sabe o que fazer. No atendimento, quase nunca precisa pedir, todo mundo sabe o que acontece, se termina o soro o outro já coloca, esquenta o soro, é harmonioso, independente do profissional, é bom traz segurança para a equipe (E62).

Esse foi um dos melhores atendimentos. Agilidade, confiança, tranquilidade, rapidez, conhecimento, toda a equipe trabalhou junto sabendo o que estava fazendo (E31).

Na percepção dos participantes o **atendimento completo e seguro** é identificado como uma consequência positiva e aspecto facilitador do trabalho em equipe na unidade, por responder adequadamente a finalidade do processo de trabalho, conforme se observa nos relatos abaixo.

... na situação de emergência mesmo, a equipe consegue trabalhar bem em sintonia. Porque você consegue naquela situação pensar no foco só no paciente, todo mundo junto... (E17).

... o paciente não estava entubado, evoluía para uma insuficiência respiratória, por conta da gravidade, então o pessoal tomou condutas rápidas. Eu senti que a equipe foi profissional, nós tínhamos que cuidar dele, estávamos aqui para fazer, mas foi chocante, mexeu com o emocional de todo mundo. A agilidade que o médico pedia para fazer as coisas mais rápidas, pois a vida do paciente estava por um fio, dobrou a responsabilidade (E61).

Em contrapartida, as consequências positivas destacaram-se como consequências negativas à **dificuldade da equipe em atuar com o inesperado** que, segundo os participantes, a falta de organização prévia para o atendimento, a

imprevisibilidade de alguns atendimentos dificultam a harmonia da equipe.

Estava todo mundo preocupado, todos nervosos, não houve aquela sincronização de cada agente fazer uma coisa, estavam todos fazendo a mesma coisa e ao mesmo tempo. Os médicos apavorados, um estresse, o contratado não intubava, pediu para o médico do Samu intubar. Então, assim, eu acho que foi um trauma assim tumultuado (E21).

Na verdade, o fator da sala estar cheia e nós não tínhamos vaga, não fomos avisados previamente dessa chegada desse paciente, veio no vaga zero, nós não tivemos nenhum rádio sendo passado, isso realmente prejudicou no sentido de não estar com todo material preparado. Tínhamos um respirador que estava preparado para o paciente do lado, simplesmente eu tive que utilizar nesse paciente, não tínhamos nada organizado pra receber esse caso (E7).

A distribuição da subcategoria de consequência **relacionada ao paciente**, pode ser observada na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição das subcategorias de consequências positiva e negativa, referentes ao paciente, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Subcategoria de consequência - Relacionada ao paciente	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Paciente estabilizado	32	44	0	0	32	32
Acolhimento da família	18	25	6	8	24	24
Óbito do paciente	0	0	16	22	16	16
Total	50	69	22	31	72	100

Na subcategoria de consequência **relacionada ao paciente**, a maioria dos participantes fez referências positivas às consequências (69%) como resultado de suas ações. A estabilização do quadro clínico do paciente, constituindo a subcategoria **paciente estabilizado** (44%) foi a subcategoria de maior frequência positiva e o **óbito do paciente** (22%) a subcategoria negativa mais mencionada.

Segundo a percepção dos participantes, as consequências de suas ações remetem ao objeto do processo de trabalho na unidade, compreendem que o restabelecimento das funções vitais do paciente e o encaminhamento do paciente estabilizado para outros setores hospitalares é um resultado adequado à situação vivenciada.

Os depoimentos apresentados destacam a responsabilidade da equipe que atua na unidade com a estabilização clínica do paciente para que, posteriormente, o atendimento seja continuado em outras unidades, como mostram os relatos a seguir.

... conseguiu fazer o atendimento do paciente, acudir aquele atendimento primário. Foi feita uma toracotomia aqui na sala de trauma mesmo, e de poucas vezes que tem esse procedimento, esse paciente voltou, ele estava em parada cardíaca anteriormente, voltou a frequência cardíaca e ele foi para o centro cirúrgico (E06).

... a criança subiu pra fazer uma drenagem porque ela tava com um hematoma subdural, subiu pra fazer uma drenagem em tempo correto, foi intubado em tempo correto (E11).

Todo mundo colabora, pro paciente, principalmente, porque ele teve um atendimento rápido. Não ficou esperando horas aqui embaixo, já foi direto para o Queimados ou CTI, foi encaminhado estável (E33).

Cada consequência da subcategoria relacionada ao paciente recebeu referência positiva ou negativa. Essas foram relacionadas à sua frequência de ocorrência e porcentagem. Os resultados revelaram a maioria de consequências positivas 50 (69%) e 22 (31%) negativas.

Segundo os participantes, os profissionais atuam sistematica e rapidamente para atender as necessidades imediatas de saúde do paciente e o fato de obterem êxito na estabilização do quadro clínico e encaminhamento do paciente,

para continuidade do tratamento em outras unidades, rejubila e facilita o trabalho em equipe.

Resultado positivo eu acho que foi estabilizar ela aqui hemodinamicamente, que ela tava assim com sangramento e conseguiu, rapidamente, levar pro centro cirúrgico pra abordar. Depois, aí foi com sucesso a cirurgia e ela teve uma vaga na UTI (E45).

Uma criança grave, foi feito curativo, foi puncionada, a assistente social veio conversar com a mãe e com os familiares. Depois de um tempo, essa criança subiu pro CTI pediátrico. A criança melhorou e foi embora bem (E46).

Dentre as consequências negativas da categoria relacionada ao paciente, os participantes destacaram que a subcategoria **óbito do paciente** dificulta o trabalho em equipe, porque comove e sensibiliza a equipe pela perda de uma vida. A equipe entende a finalidade do seu trabalho como estabilização do quadro crítico e não apenas prestar cuidar cuidados intensivos e dignos nesse momento agudo.

O atendimento mobilizou muita gente, todas as equipes desceram foi um trabalho em conjunto, foram dois atendimentos praticamente simultâneos, duas crianças muito graves, uma delas foi a óbito...(E56).

E a criança foi a óbito. Acho que iria mesmo, de qualquer forma, já veio precário e ninguém sabia que esse paciente ia chegar... (E19).

A subcategoria de consequência relacionada ao serviço, está apresentada na Tabela 10 e ilustra as subcategorias de excesso de pessoas e falta de espaço na unidade, ausência de leitos, macas e monitores e equipe de saúde insuficiente para os atendimentos, bem como a frequência com que ocorreram os relatos.

Tabela 10 - Distribuição das subcategorias de consequências positiva e negativa, referentes ao serviço, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos profissionais de saúde de unidade hospitalar de urgências traumáticas. Ribeirão Preto, SP, 2014

Subcategoria de consequência - Relacionada ao serviço	Positiva		Negativa		Total	
	n	%	n	%	n	%
Excesso de pessoas e falta de espaço	1	2	18	38	19	40
Equipe insuficiente/sobrecarregadas	1	2	15	32	16	34
Ausência de leitos, macas, monitores	0	0	12	26	12	26
Total	2	4	45	96	47	100

A subcategoria consequência relacionada ao serviço foi predominantemente negativa 45 (96%).

Para que o processo de trabalho possa acontecer nessa unidade, são necessárias condições adequadas do serviço que incluem desde o ambiente/espaço físico, recursos humanos e materiais suficientes, para o desempenho das atividades.

Merece destaque, nessas subcategorias, aspectos cuja governabilidade não se encontra na própria equipe, mas que sua participação/sugestão pode ser indicativo para melhorar o serviço

O **excesso de pessoas e falta de espaço na unidade** é apontado pelos profissionais que atuam na unidade como uma dificuldade para a realização do trabalho, pois dificulta a mobilidade da equipe durante os atendimentos.

... A sala é pequena, são cinco leitos, apesar de o material ficar muito próximo, quando existe muita gente na sala, eu já presenciei mais de 20 residentes, às vezes, até de outras clínicas, só pra visualizar a vítima ou o que está acontecendo, acaba prejudicando sim porque você tem que pedir licença ou, às vezes, até empurrar o residente pra gente poder agilizar, ter uma certa destreza em relação ao atendimento... (E55).

... tinha muita gente dentro do trauma. Atrapalha demais, fica um batendo cabeça no outro, muita gente vem por curiosidade não é nem pra atuar, é por curiosidade... (E56).

Nos relatos dos participantes, evidenciaram-se dificuldades durante os atendimentos devido à grande movimentação de pessoas que circulavam no setor e

não participavam do atendimento, recursos materiais e equipamentos insuficientes para demanda de pacientes, número insuficiente de funcionários e sobrecarga de trabalho são percebidos pelos profissionais.

Então, foi assim, foi caótico porque, infelizmente, o número de funcionário na sala de trauma é pouco pra essa situação (E13).

A falta de leito existe, a equipe de final de semana é reduzida, durante a semana a gente não tem mais essa desculpa de ser equipe reduzida, diferente do noturno. O noturno também tem equipe reduzida, mas durante o dia num tem isso mais e final de semana é esquema de plantão (E02).

Era um momento que a equipe ficou, tipo, duas horas e meia com o paciente pra tentar estabilizar o paciente, pra saber o que tava acontecendo e assim o atendimento ocorreu em cima de uma maca de ambulância. Então, a gente intubou, drenou, massageou numa maca de ambulância. Não tinha vaga, não tinha maca (E31).

Os resultados apresentados permitiram identificar que a dinâmica do trabalho em equipe de assistência ao paciente em unidade hospitalar de atendimento às urgências traumáticas, segundo a percepção dos participantes, requer ações integradas, coletivas e articuladas entre os diversos profissionais, unidades e serviços envolvidos para obter a finalidade do processo de trabalho nessa unidade, que é o cuidado integral às vítimas de traumas de alta complexidade. Assim, no próximo tópico, será apresentado a discussão dos resultados, alinhada ao referencial teórico.

8. DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados, considerando os objetivos estabelecidos, coerente com a aproximação ao referencial teórico do processo de trabalho em saúde, segundo Mendes Gonçalves (1992,1994), analisou-se a visão dos participantes acerca do trabalho em equipe de assistência ao paciente, na unidade de urgências traumáticas. Não se pretendeu discutir as tabelas uma a uma, mas realizou-se uma análise global, na perspectiva de que situação, comportamento e consequências positivas são aspectos facilitadores, enquanto que situação, comportamento e consequências negativas são aspectos dificultadores do trabalho em equipe de assistência ao paciente politraumatizado.

A situação, os comportamentos e as consequências constituem o incidente crítico, dizem respeito à vivência dos participantes no cenário do estudo, em especial durante os atendimentos, considerando as especificidades, complexidade e imprevisibilidade do atendimento às urgências traumáticas.

Importante ressaltar que, para os participantes, as situações vivenciadas, em relação à dinâmica do trabalho em equipe de assistência, dizem respeito aos atendimentos a pacientes com trauma grave/moderado. No processo de trabalho em saúde, a demanda e/ou o paciente portador de carência de saúde é tida como objeto de trabalho desse processo. Os profissionais utilizam instrumentos materiais e não materiais, tais como equipamentos e saberes que se articulam para atingir a finalidade do processo que é estabilizar o quadro clínico, recuperar a saúde e reduzir sequelas decorrentes do evento traumático.

De acordo com a percepção dos participantes, a situação mais frequente, com referências positivas na dinâmica do trabalho em equipe de assistência, é o atendimento ao paciente com trauma grave/moderado (38%). Os dados chamam atenção, tendo em vista que os participantes reconhecem que o objeto que orienta o processo de trabalho nessa unidade é a produção de cuidados sistematizados aos usuários em situações críticas de vida, e que o diagnóstico e o tratamento imediato dos agravos garantem a estabilização do quadro clínico, a limitação de incapacidades e a diminuição da mortalidade desses pacientes vítimas de trauma.

Acredita-se que esse aspecto está relacionado ao cenário de estudo, que se destaca como instância terciária na rede de saúde regional que atende problemas de saúde que requerem equipamentos com alta incorporação tecnológica e pessoal com formação especializada para atender, de forma articulada e eficiente, os casos de maior complexidade. Para Dallora (2010), os hospitais de nível terciário, em

especial os hospitais universitários, respondem por um número expressivo de internações e à quase totalidade dos procedimentos de alta complexidade do país. Nesses serviços, destacam-se a necessidade de profissionais altamente capacitados para articular e integrar saberes, realizar procedimentos de alta complexidade e utilizar alta densidade tecnológica como é o caso do cenário deste estudo.

A unidade estudada está inserida no contexto de hospital terciário, tendo como finalidade atendimentos de alta complexidade, de modo que não funciona isoladamente, depende de diversos outros setores hospitalares e de serviços extra-hospitalares para que haja integralidade e resolutividade do atendimento. Para a execução do trabalho é necessário que os funcionários desses setores e serviços e também os profissionais da própria equipe tenham conhecimentos, habilidades e atitudes compromissadas com a finalidade do trabalho.

Contudo, configura a atenção hospitalar ao trauma um tema relevante e prioritário que deve ser abordado a partir da constituição da RUE. Segundo as normativas ministeriais, a organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A RUE configura-se em diferentes níveis de atenção, divididos em componentes como promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica, serviço de atendimento móvel de urgência com centrais de regulação médica, sala de estabilização, Força Nacional de Saúde do SUS, Unidades de Pronto Atendimento e o conjunto de serviços 24 horas, Hospitalar e Atenção Domiciliar (SASSO et al., 2013).

Esses diferentes níveis de atenção devem se relacionar de forma complementar com mecanismos organizados e regulados pelo sistema de referência e contrarreferência. É de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante da rede de atenção, acolhendo e atendendo adequadamente a demanda que lhe é apresentada e se responsabilizando pelo encaminhamento, quando não dispuser de recursos necessários a tal atendimento (SASSO et al., 2013).

O cenário do estudo é reconhecido pelos profissionais como parte integrante e resolutiva da RAS, está inserido no componente Hospitalar da RUE que tem como objetivo garantir a assistência hospitalar de média e alta complexidade,

procedimentos diagnósticos, leitos clínicos e cirúrgicos, de terapia intensiva e de longa permanência para a rede de atenção às urgências, em articulação com os demais pontos de atenção.

Os resultados dessa investigação corroboram estudo de Garlet et al. (2009), segundo o qual os profissionais de unidade de emergência compreendem como finalidade do seu trabalho o atendimento aos pacientes com problemas de saúde de maior complexidade, exigindo medidas terapêuticas imediatas e especializadas no processo de trabalho na unidade de emergência.

A análise dos dados também evidenciou que o atendimento aos pacientes com trauma grave/moderado recebeu referências negativas no que se refere ao quadro clínico e complexidade das vítimas, mas são positivos em relação à dinâmica do trabalho em equipe nesses atendimentos no cenário do estudo.

Entende-se que, embora a equipe esteja preparada para o atendimento, a complexidade/gravidade dos casos das vítimas é tida como uma situação negativa, em virtude dos riscos próprios para o paciente.

Os profissionais de unidades de emergência têm como foco da atenção a doença e a realização da tarefa, com base na concepção biomédica, de modo que priorizam o atendimento aos usuários com problemas graves e agudos e, demonstram sua insatisfação com os casos não urgentes ou estabilizados (GARLET et al., 2009)

Segundo Marques e Lima (2007), os profissionais dos serviços de emergência vivenciam um sentimento de desperdício da vocação do serviço, quando atendem as demandas não urgentes e de baixa complexidade, entendem que, além de uma subutilização do alto e específico preparo técnico dos trabalhadores, esses atendimentos geram sobrecarga ao trabalho já estressante nesse cenário.

Na unidade em estudo, o processo de trabalho em saúde tem como principais características a imprevisibilidade e instabilidade das demandas, que variam em diversidade e complexidade, exigindo ações mediatas e imediatas dos profissionais. Para Meirelles (2006), o processo de trabalho é disparado quando há a demanda do usuário, de modo que o serviço acontece sob a forma de fluxo, caracterizando aspectos de inestocabilidade e incomensurabilidade nesse processo.

Apreende-se, na unidade de estudo, que o atendimento às demandas imprevisíveis e instáveis exige profissionais altamente capacitados, com amplo conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possam tomar decisões

rápidas e concretas, para embasar e direcionar as ações de cuidado direto ao paciente, a realização de procedimentos invasivos e complexos, a articulação e integração entre os diversos profissionais e setores, transmitindo segurança a toda equipe e, principalmente, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente.

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.

A importância da sistemática da assistência, segundo as diretrizes do ATLS, 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.

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 (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2013).

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 essa população específica (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

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).

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.

A unidade de estudo, desde 1996, está em consonância com as Políticas Nacionais de Atenção as Urgências, está inserida na RUE, no que diz respeito à qualificação desses serviços, por meio de mudanças nas relações profissionais e usuários, capacitação e educação continuada de recursos humanos, incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, que viabilizem o acesso aos serviços e qualidade da assistência.

Assim, conclui-se que as muitas referências positivas em situações, comportamentos, consequências podem decorrer de investimentos nas ações de educação em serviço com vistas à capacitação de recursos humanos para melhorar a organização e sistematização do atendimento às vítimas de trauma, bem como as articulações com as diferentes esferas do sistema de saúde.

Assim, salienta-se a necessidade de um olhar minucioso sobre os comportamentos da equipe de assistência ao paciente na unidade hospitalar de urgências traumáticas, que tem como núcleo de competência e responsabilidade o cuidado em saúde, utilizando meios e tecnologias empregadas no objeto de trabalho para atender à sua complexa finalidade, que é a produção de cuidados em situações agudas e graves de atendimento ao trauma (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2013).

O comportamento implica nas ações dos agentes para responder à necessidade de saúde do paciente vítima de trauma. Diante da complexidade desses atendimentos, as ações são mediatas, imediatas e inúmeras, exigindo que os profissionais tenham conhecimento científico, agilidade, atitudes e experiência para realizar o cuidado, além da interação e a comunicação adequada para afastar o usuário do risco de morte iminente, em menor tempo possível, e com menor grau de sequelas.

Toda ação requer um sujeito – ou conjunto de sujeitos - para executá-la, estabelecendo objetivos e as relações de adequações dos meios e condições para a transformação do objeto. Frequentemente, na sala de trauma, as atividades são interdisciplinares, coletivas, conjuntas e complementares a vários profissionais.

O hospital como organização destinada ao atendimento das necessidades físicas, emocionais e sociais do cliente se reveste de grande complexidade. Tal

complexidade encontra-se relacionada ao aparato tecnológico, ao trabalho complementar das várias categorias profissionais que integram as equipes, às relações interpessoais no trabalho cotidiano, à necessidade de atendimento personalizado e, mais recentemente, ao reconhecimento de que nenhuma categoria profissional, isoladamente, detém saber necessário para responder às demandas (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Com base na análise das entrevistas, identificaram-se mais aspectos positivos/facilitadores que negativos/dificultadores em todas as categorias de comportamentos, visto que foi frequente, nas falas, ações de cuidado em saúde, interação entre agentes, setores e serviços intra e extra-hospitalares, além da comunicação, todas convergindo para o benefício do paciente.

Destacou-se como comportamento mais frequente, na fala dos participantes, o cuidado em saúde que, por meio de instrumentos próprios como conhecimento científico e experiência, realiza a tomada de decisões rápidas, executa procedimentos invasivos e complexos de forma ágil e tranquila, sempre priorizando e direcionando as ações diretamente ao paciente.

Para Dal Pai e Lautert (2005), a busca pela estabilização das condições vitais do paciente se dá por meio de ações de suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Assim, o processo de trabalho se destaca na luta contra o tempo para responder às necessidades do usuário, tido como objetivo do trabalho.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde toma como objeto de intervenção as necessidades de saúde e tem por finalidade o cuidado integral que depende dos meios e instrumentos materiais ou imateriais, tais como os saberes, que se articulam com a finalidade de criar e implementar condições adequadas para a produção desse cuidado. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida coletivamente e consumida no mesmo momento em que a sua produção ocorre (FELLI; PEDUZZI, 2010; MENDES GONÇALVES, 1992).

Para Garlet et al. (2009), a organização do trabalho da equipe de saúde é dividida em três momentos: o atendimento às urgências e emergências em que o risco à vida é iminente, a assistência aos pacientes em sala de observação e a atenção aos usuários com demandas de saúde não urgentes. O atendimento aos casos de alta complexidade é sempre priorizado, de modo que os profissionais de diferentes categorias da equipe de saúde articulam todos os seus saberes e todas as ações para o restabelecimento da vida desse paciente (GARLET et al., 2009)

O cuidado em saúde é uma ação integral, consequência da articulação e interação dos agentes, ou melhor, ação integral como produto e resultado de interações positivas entre usuários, profissionais e setores/serviços, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2009).

Os dados corroboram o estudo de Santos et al. (2013), haja vista a finalidade que orienta o trabalho dos diferentes profissionais em unidades de emergência é a produção de cuidados aos usuários em situações críticas de vida para obter, como produto final, o diagnóstico e o tratamento dos agravos à saúde.

Na perspectiva de Pinheiro (2009), o cuidado é uma relação entre os agentes que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, serviços de saúde e usuários em redes é formado de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o “cuidado” e fortalecer a rede de apoio social.

Segundo Silva e Silva (2009), as ações dos agentes devem, além de atender as necessidades básicas dos usuários, garantir um fluxo eficiente entre os serviços e recursos adequados, uma vez que os objetivos visam a melhor qualidade em nível assistencial na busca do erro zero com o uso eficiente dos recursos disponíveis.

Trata-se de situação desejável que o trabalho da equipe de assistência ao paciente na unidade hospitalar de urgências, tenha como centralidade, o cuidado ao paciente, de modo que as intervenções desempenhadas visem atingir a finalidade de assistir/cuidar e melhorar o estado de saúde do paciente vítima de trauma.

Assim, acredita-se que a ampliação e fortalecimento do cuidado integral à saúde é praticado por meio da interação entre os agentes, comportamentos esses que receberam a maioria das referências positivas na concepção dos profissionais, tal como na articulação dos saberes e ações entre agentes da própria equipe e, entre diversos setores e serviços intra e extra-hospitalares.

A partir dos resultados, denota-se que os profissionais entendem o trabalho na unidade hospitalar de urgências traumáticas como um processo coletivo, em que existe interdependência e complementariedade entre as ações dos diversos profissionais que atuam na unidade, bem como com agentes de outras unidades

intra-hospitalares e de serviços extra-hospitalares. Além disso, eles reconhecem como aspecto facilitador para o trabalho em equipe a integração dos agentes e a articulação das diferentes ações profissionais e dos serviços que envolvem a produção do cuidado na unidade.

Destacou-se, nos relatos dos comportamentos realizados de forma sincronizada, ações colaborativas e precisas, entre os diferentes profissionais e as ações são articuladas entre todos os setores, o que torna o atendimento ágil e rápido. Essas ações caracterizam um trabalho coletivo, no qual, dada à gravidade da situação, está presente a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos.

A interação e articulação das ações entre os agentes da própria equipe e de outros setores hospitalares e de serviços extra-hospitalares devem ser entendidas como meio imprescindível para se atingir a finalidade do processo de trabalho nessa unidade que é o cuidado em saúde. Destacou-se, segundo os participantes, sintonia, bom relacionamento, colaboração, agilidade, presteza e apoio de todas as áreas, o que facilita todo o desenvolvimento do trabalho.

O processo de trabalho na unidade de emergência hospitalar envolve contribuições de diversos profissionais que desenvolvem ações de cuidados de saúde. Portanto, a produção de cuidados nesse local se dá por meio de atividades realizadas em cooperação entre os agentes de uma mesma unidade ou, ainda, entre os agentes das diferentes unidades e serviços.

As relações de cuidado e o ambiente de cuidado nas unidades de saúde são coadjuvantes no desenvolvimento de um trabalho colaborativo, ou seja, por meio da prática do cuidado o trabalho colaborativo é exequível. Para Waldow (2014), o cuidado transforma ambientes, harmoniza relações e sensibiliza o humano de cada sujeito.

Os comportamentos elencados como cuidado em saúde podem ser considerados de qualidade e alcançar o seu máximo reconhecimento quando há colaboração de todos os profissionais, num ambiente onde confiança, respeito, união e sentimento de pertencer ao grupo tornam o trabalho mais prazeroso.

Em função da alta densidade tecnológica e diversidade das necessidades de saúde dos usuários atendidos nas instituições hospitalares, os desafios são mais específicos e mais difíceis de serem superados pelos profissionais, visto que não há uma categoria profissional que consiga atender a integralidade de demandas dos

pacientes.

Contudo, o trabalho em equipe pode ajudar, reforçar, promover a troca de saberes e experiências, contribuindo para um trabalho de excelência. O trabalho colaborativo compreende a contribuição de cada profissional nos cuidados de saúde, requer o reconhecimento de zonas de interferência nos papéis desempenhados. Essas zonas propiciam colocar em destaque as competências, não prerrogativas de cada disciplina, mas, sim, direcionadas e articuladas para um objetivo comum. A colaboração se apoia no reconhecimento da igualdade de cada disciplina e ao mesmo tempo na paridade, ou seja, no respeito às diferenças (WALDOW, 2014).

Para Pereira e Lima (2009), o trabalho em equipe em serviços de emergência só é possível quando os profissionais constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos, saberes e experiências para articular a produção do cuidado. Na perspectiva de Merhy e Franco (2009), o campo do cuidado, mediado pela interação dos agentes, favorece, a cada um dos profissionais, usar seu potencial criativo e criador na relação com o usuário/paciente, para juntos produzirem o cuidado.

Em unidades de urgência e emergência, o trabalho integrado e articulado é uma necessidade para a assistência integral ao cliente, frequentemente vítima de agravos diversos e que necessita de uma abordagem integrada, na qual exista troca e cooperação em prol da pessoa atendida (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Na prática cotidiana dos serviços hospitalares de atendimento às urgências traumáticas, o trabalho se estrutura a partir de instrumentos tecnológicos e da interação entre os agentes, quando vários profissionais se envolvem nessa assistência. O trabalho desenvolvido caracteriza-se como um trabalho coletivo, cuja finalidade depende das ações de cada um desses agentes que atuam de acordo com seus saberes e práticas.

Na perspectiva dos participantes o atendimento aos agravos traumáticos acontece em um sistema interdependente, no qual as ações realizadas na sala de trauma são influenciadas pelo atendimento pré-hospitalar e sua interface com a regulação médica, e também influenciam as ações que serão realizadas posteriormente em outras unidades hospitalares e/ou serviços. Assim, o cuidado adequado, além de estar diretamente relacionado às interações e articulações da própria equipe, também depende da disponibilidade de outras unidades e serviços.

Nesse sentido, os resultados, aqui corroboram o estudo de Silva e

Matsuda (2012), onde se destaca a importância da integralidade por meio da integração entre a unidade de urgência e os serviços intra e extra-hospitalares para se alcançar a qualidade no processo de atendimento, para que as práticas sejam resolutivas, medida na qual se busca um maior intercâmbio entre todos os serviços de saúde disponíveis.

Segundo Duarte, Sena e Xavier (2009), no contexto hospitalar, a ausência do sentido de integralidade durante o cuidado oferecido pela equipe poderá gerar resultados insatisfatórios para o indivíduo, família e sociedade.

Entende-se a integralidade, no estabelecimento das redes de atenção à saúde, de formulação de diretrizes tanto de ordenação de serviços de saúde quanto de abordagem do usuário de serviço de saúde, enfim, um conceito que envolve o cuidado em ampla perspectiva e repercute em aspectos políticos, organizacionais e profissionais (CHAVES, 2012).

A integralidade pode ser entendida como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde, por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se articulam. A integralidade tem forte matiz ideológico que permeia a abordagem do processo saúde/doença em sua determinação histórico-social e tem como objeto do trabalho, em saúde, o ser cuidado e a finalidade de atender as necessidades de saúde (SILVA et al., 2006).

Cabe destacar que diversos conceitos de integralidade parecem convergir para a integralidade do cuidado, considerando aspectos de oferta, organização e articulação de diferentes agentes e serviços de saúde, uma vez que nenhum serviço ou profissional de saúde dispõe da totalidade de recursos necessários para a resolução de todos os problemas de saúde do usuário (CHAVES, 2012).

Para Camelo (2011), ações realizadas de forma articulada nas instituições hospitalares exigem que ocorra a integração do trabalho dos diversos profissionais de uma mesma área e também entre equipes de trabalhadores de diferentes áreas.

Assim, pode-se constatar que, na unidade estudada, os participantes legitimam a integração da equipe para que se mantenha a qualidade do cuidado prestado ao usuário. Nessas unidades, o trabalho pode ser realizado por diversas categorias profissionais, sem ser exclusivamente de nenhuma delas, indicando a existência de uma relação complementar e interdependente entre elas, no momento das ações de cuidado.

Segundo Peduzzi et al. (2013), a prática interprofissional nos serviços de saúde é reconhecida como importante componente da organização dos serviços que permite a articulação e a integração das ações de saúde. Essa prática favorece a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, de modo que evita omissões ou duplicações de cuidados, evita esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais.

Para muitos autores, o trabalho em equipe tem sido abordado sob a lógica da prática interprofissional ou colaboração, destacando como atributos dessa prática, a interdependência de ações profissionais, foco nas necessidades do usuário, a negociação entre os profissionais, a tomada de decisão compartilhada, respeito mútuo e confiança entre os profissionais, e reconhecimento do papel e do trabalho dos diferentes grupos profissionais (DÁMOUR et al., 2008; NUGUS et al., 2010; PEDUZZI; OLIVEIRA, 2009; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ et al., 2005).

No trabalho em equipe, a integração decorre da prática comunicativa em que todos os agentes estão em sintonia com o plano de ação, sendo que as intervenções técnicas do conjunto dos profissionais precisam estar articuladas, para que o projeto possa efetivamente ser implementado (PEDUZZI, CIAMPONI, 2010). Para Carvalho et al. (2012), o trabalho em saúde é mediado pela interação e comunicação em seu exercício cotidiano, constituindo-se como processo humano essencialmente intersubjetivo.

O processo comunicativo é primordial para fortalecer relações de diálogo e interação entre os diversos setores e serviços responsáveis pelos atendimentos à saúde. No entanto, "as paredes que separam os setores são paredes de chumbo que devem ser derrubadas pela constituição de um código comunicacional comum" (MENDES, 2011).

Segundo os dados deste estudo, a comunicação é realizada entre os diversos agentes da própria equipe da sala de trauma, entre outras equipes/setores hospitalares, entre serviços extra-hospitalares, com o intuito de qualificar e organizar o atendimento ao paciente de forma adequada, rápida e ágil. Na maioria dos relatos houve referências positivas, para comportamentos relacionados a ações comunicativas realizadas anteriormente à chegada dos pacientes e durante o atendimento dos casos.

A comunicação é um elemento essencial, caracterizado como um dos instrumentos do processo de trabalho em saúde, pois é a partir dela que se estabelece o relacionamento interpessoal entre agentes e usuários, bem como na execução das tarefas e ações partilhadas entre os membros da equipe de saúde, facilitando a constituição e integração dessas equipes para garantir atendimento adequado e resolutivo ao usuário.

Os resultados do estudo de Peduzzi et al. (2011) confirmam que dentre todos os instrumentos do processo de trabalho em saúde a comunicação se faz sempre presente, entendida como trocas e conversas que buscam o entendimento entre os agentes envolvidos, para a construção de consensos, acordos e pactos de trabalho. Assim, a comunicação, como interação pautada na argumentação intersubjetiva, quando aplicada à construção de equipes integradas está orientada para o trabalho, isto é, à eficácia e à efetividade da atenção às necessidades de saúde dos usuários.

Na perspectiva de Marques e Lima (2007), a comunicação e a interação são potentes ferramentas do processo de trabalho em saúde, por meio do qual o caracterizam como um trabalho coletivo, onde sempre há espaço para diálogo, para reflexão, tomada de decisão conjunta, na busca de um objetivo único que é a qualidade do cuidado prestado. Nesse sentido, o trabalhador introduz mudanças na relação de poder existente, tanto entre categorias profissionais quanto entre profissional/usuário.

Existem barreiras que podem impedir ou limitar o processo de comunicação o que poderá repercutir na qualidade da assistência ao cliente. Para Conceição et al. (2006), o atendimento adequado em uma unidade de saúde depende da comunicação eficiente entre os agentes e usuários. As falhas no sistema de comunicação atingem negativamente o processo de trabalho, favorecendo ou aumentando as chances de conflitos e dificultando o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Estudos destacam a comunicação como característica essencial para o sucesso do trabalho em equipe de saúde, haja vista que a comunicação orienta os agentes para o trabalho e para as necessidades de saúde do usuário (CARVALHO et al., 2012; FORTUNA et al., 2005; MCCALLIN, 2001; PEDUZZI et al., 2011). A qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado fundamentam e possibilitam a resolubilidade dos serviços e a

efetividade da atenção à saúde (ZWAREBSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009).

Neste estudo, a comunicação é apontada como importante ferramenta que facilita o trabalho em equipe no cenário de estudo, à medida que permite articular ações de saúde, consequentemente, favorecendo o cuidado em saúde ao usuário. Para Peduzzi (2007a), a comunicação é entendida como um instrumento para promoção do trabalho em equipe integrado, visto que considera a dimensão trabalho e interação e se orienta à atenção às necessidades de saúde dos usuários.

Nesse sentido, é necessário compreender que os profissionais da equipe praticam e buscam a comunicação e a interação para alcançar a finalidade do processo de trabalho, através das relações entre os sujeitos envolvidos, visando a eficiência do cuidado em saúde voltado para as necessidades do usuário (PEDUZZI, 2007a, MILLER; FREEMAN; ROSS, 2001).

Retomando o relato dos participantes, foi evidente que a comunicação ativa entre as equipes de atendimento, diversas unidades hospitalares, central de regulação médica e serviços de atendimento pré-hospitalar é um aspecto facilitador do trabalho em equipe na unidade estudada. Esses dados corroboram o estudo de Deslandes, Minayo e Lima (2008), que ressalta que a articulação com a rede hospitalar via central de regulação ou rede pactuada foi referida positivamente em todas as unidades, denotando comunicação ativa entre elas.

Para Silva et al. (2012), a comunicação é um fator primordial no desenvolvimento de uma equipe, é indispensável ao relacionamento humano e às relações de trabalho. A 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.

O trabalho em equipe na área da saúde emerge e se sustenta na abordagem de atenção integral à saúde, principalmente na articulação das ações que possibilitam a integralidade da saúde, justificando, portanto, a proposta deste trabalho (PEDUZZI, 2007a; 2007b). Segundo Silva et al. (2012), o trabalho em equipe refere-se à relação entre trabalho e interação de agentes distintos, visando a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados por todos os profissionais, os quais, a partir da comunicação elaboram, e executam um projeto comum que contemple as necessidades de saúde dos usuários.

No cenário do estudo, os profissionais reconhecem que as consequências foram mais positivas que negativas. Esse dado é bastante relevante, pois mostra

que os profissionais obtêm uma imagem favorável do seu processo de trabalho, em especial dos atendimentos (aspectos relacionados ao paciente) e do trabalho em equipe nesse cenário.

Cabe destacar que a maioria das consequências receberam referências positivas, no que diz respeito ao trabalho em equipe de assistência ao paciente. Foi predominante nas falas: o bom relacionamento, a cooperação e colaboração entre os agentes, o reconhecimento da complementariedade e interdependência das ações, a flexibilidade da divisão do trabalho, a articulação de ações e saberes, a agilidade, a rapidez, a sincronia, entre outras tantas características apresentadas.

Os dados permitem apreender que os profissionais trabalham em equipe, em clima de camaradagem, de parceria e de ajuda mútua, possibilitando melhor enfrentamento de situações imprevisíveis e de alta complexidade para garantir a melhor assistência de toda a equipe ao usuário.

A colaboração, cooperação entre os agentes é reconhecida como um componente importante do trabalho em equipe. A análise de conceito realizada por Henneman, Lee e Cohen (1995) identificou que a colaboração "exige competência, confiança e compromisso por parte de todos os profissionais". Identificou também fatores que contribuem para o sucesso do trabalho em equipe tais como cooperação entre os agentes, comprometimento, planejamento, tomada de decisão e responsabilidade compartilhada, existência de relações não hierárquicas e de poder com base em conhecimentos e competências.

Para Garlet et al. (2009), as ações dos profissionais de saúde têm uma mesma finalidade que conduz o processo de trabalho, visto que as atividades de cada trabalhador são necessárias para a realização do cuidado em saúde. A integração e articulação das ações dos diferentes agentes têm um objetivo comum, aspecto esse que se configura no trabalho em equipe de assistência à saúde, um trabalho integrado que favorece e torna ágil o atendimento aos usuários.

Os hospitais que atendem usuários em situação de emergência possuem como especificidade do processo de trabalho um ritmo acelerado, imprevisível e constante de trabalho, de modo que a integração de diferentes profissionais em equipes de trabalho coesas, nas quais esteja clara a noção de complementaridade torna-se necessária. No entanto, pensar o trabalho em equipe significa pensar o cuidado centrado no paciente e não nas categorias profissionais, pois a diversidade de situações exige respostas imediatas, sob pena de colocar em risco a vida do

cliente. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais e saberes em torno de um objetivo comum torna-se essencial para que a assistência ao usuário seja adequada e livre de riscos (ALVES, RAMOS, PENNA, 2005).

Para Nancarrow et al. (2013), o trabalho em equipe é um processo complexo, no qual diferentes profissionais trabalham em conjunto para compartilhar conhecimentos, competências e habilidades para melhorar o atendimento ao paciente. Corroborando os autores, Camelo (2011) enfatiza que a atenção ao usuário, por meio da estratégia do trabalho em equipe, é uma proposta capaz de reunir grupos profissionais com interesses e lógicas de organização de trabalho diferenciadas, com vistas à construção de uma proposta assistencial o mais consensual possível.

Segundo os resultados, ficou evidente nos relatos que os profissionais compreendem, como aspectos facilitadores do trabalho em equipe na unidade estudada, a gravidade dos traumas, bem como a necessidade de um trabalho integrado entre todos os membros da equipe, por meio da articulação e complementariedade das ações e por meio da comunicação, a fim de garantir a qualidade no cuidado prestado. Diante dos atendimentos, a equipe busca soluções em comum a partir da troca de saberes, realiza ações sincronizadas e harmônicas gerando um atendimento eficiente e completo aos usuários.

Para Camelo (2011), a proposta do trabalho em equipe é uma estratégia utilizada para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde e na instituição hospitalar, haja vista que esse trabalho tende a contribuir para articulação das ações e dos saberes de diversos profissionais, bem como favorecer o cuidado integral aos usuários.

Observa-se que a equipe estudada compreende o comprometimento dos seus agentes com o projeto institucional e compartilha a finalidade e objeto do trabalho na unidade estudada. Para Peduzzi et al. (2011), o trabalho em equipe, sendo uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, requer um conjunto de instrumentos que garantam a consolidação dos espaços de troca entre os profissionais, os vínculos profissional/usuário e usuário/serviço, a autonomia das equipes, o envolvimento e o compromisso de cada equipe e da rede de equipes com o projeto institucional.

O trabalho em equipe é caracterizado pela interdependência que possibilita aos agentes apreenderem e envolverem-se nas situações de assistência

e cuidado para, assim, alcançarem a articulação e coordenação das ações, livrando-se da fragmentação dos saberes e das intervenções que comprometem a qualidade da atenção à saúde na direção da integralidade. Mesmo que o processo de decisão, o conhecimento técnico e científico dos profissionais sejam adequados às necessidades de saúde, o cuidado integral só será alcançado por meio da articulação e coordenação das ações dos diferentes profissionais (PEDUZZI et al., 2011).

Os profissionais de saúde do âmbito hospitalar destacam a atuação em equipe como um dos elementos capazes de tornar eficaz e integral a sua assistência. Nesse sentido, o trabalho em equipe é uma forma de articular as ações de saúde no hospital, integrar os agentes, superar o isolamento dos saberes e democratizar as relações de trabalho. É uma ferramenta ímpar, seja para o alcance dos bons resultados terapêuticos, seja para o avanço do tratamento em âmbito hospitalar (CAMELO, 2011; SANTOS et al., 2013).

Muitos autores destacam, que o compartilhamento da finalidade, objetivos e abordagens dos pacientes concebem o trabalho em equipe de saúde que, uma vez alcançado, torna possível a construção de um projeto assistencial comum da equipe, para a produção dos resultados esperados para os usuários (MCCALLIN, 2006; MILLER; FREEMAN; ROSS, 2001; PEDUZZI, 2007a; WACHS, 2005).

Estudo realizado em pronto-socorro nos Estados Unidos mostrou que o trabalho em equipe em unidade de emergência é bastante significativo, haja vista que metade dos óbitos em que se detectou má prática profissional poderiam ser evitados pelo trabalho em equipe (RISSER et al., 1999).

Portanto, profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a articular seu saber específico com o dos outros agentes na organização do trabalho, possibilitam ações compartilhadas e até mesmo delegação de atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e serviço, haja vista que as necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea (PEDUZZI et al., 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Observou-se que a maioria dos participantes relatou, como consequência da situação e dos comportamentos, o trabalho em equipe de assistência ao

paciente. Esses relatos foram predominantemente positivos, o que remete à existência de um trabalho de equipe, elaborado em conformidade com a finalidade do processo de trabalho em saúde no cotidianos do serviço estudado. Diante das consequências, verificou-se que a equipe de saúde estabelece relações que favorecem a realização de trabalho integrado e interdisciplinar, aceitando as diferenças entre os diversos agentes e garantindo agilidade na assistência prestada às vítimas de trauma.

Existe um entendimento que a boa relação entre os membros da equipe de saúde proporciona a realização de ações conjuntas, que viabilizam um atendimento rápido e adequado.

Entende-se que esses resultados apresentados estão relacionados ao contexto de instituição hospitalar de atendimento ao trauma, pois, nesse espaço, diante da alta complexidade do trabalho e das situações de urgência, os diferentes profissionais agem de forma cooperativa e coordenada, orientados pela interação dos agentes, articulação e compartilhamento das ações e promovem o cuidado em saúde com vistas à resolutividade das necessidades de saúde do usuário.

Os resultados apresentados permitem entender a dinâmica do trabalho em equipe de assistência ao paciente no cenário do estudo, bem como os aspectos que facilitam e aqueles que dificultam esse trabalho.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu analisar a percepção dos profissionais da equipe de assistência ao paciente de uma unidade de urgências traumáticas, sobre os aspectos que facilitam e/ou dificultam a dinâmica do trabalho em equipe, nesse cenário.

Assim, as situações/comportamentos/consequências possibilitam dizer que as referências positivas facilitam o trabalho em equipe de assistência ao paciente e mais frequentemente dizem respeito a:

- ✓ atendimento ao paciente com trauma grave/moderado;
- ✓ cuidado em saúde e a interação dos agentes;
- ✓ tomada de decisões baseadas em amplos conhecimentos científicos e experiência;
- ✓ comunicação entre os agentes;
- ✓ atuação da equipe na situação de emergência;
- ✓ realização de atendimentos completos e seguros pela equipe;
- ✓ estabilização do quadro clínico dos pacientes.

As referências negativas podem ser dificultadores do trabalho em equipe e são relativas a:

- ✓ quadro clínico dos pacientes com trauma grave/moderado;
- ✓ vivenciar atendimento estressante em situação de emergência;
- ✓ desarticulação de ações entre agentes e serviços;
- ✓ ausência de comunicação entre os agentes;
- ✓ dificuldade de lidar com o inesperado;
- ✓ óbito de pacientes;
- ✓ excesso de pessoas e falta de espaço físico para os atendimentos.

Segundo os participantes, as situações que dizem respeito à dinâmica do trabalho em equipe de assistência ao paciente na unidade hospitalar de urgências traumáticas são predominantemente positivas/facilitadoras; os resultados chamam atenção para a necessidade de diferentes sujeitos realizarem ações integradas/articuladas e compartilhadas, nas quais sejam claras a noção de complementariedade de saberes em busca do objetivo comum que atenda todas as necessidades imediatas de saúde do paciente com trauma grave/moderado.

Os resultados evidenciam que, para a equipe o atendimento, pacientes

com trauma grave/moderado é tido como um facilitador do trabalho em equipe. Tal fato pode decorrer de um processo contínuo focado nas urgências enquanto área estratégica para políticas públicas, investimento no cenário do estudo, capacitação de equipe e qualificação do hospital para urgências traumáticas de maior complexidade no sistema regional de saúde. Os profissionais reconhecem a finalidade que orienta o processo de trabalho e atendendo casos de alta complexidade com demanda imprevisível, que exigem alta tecnologia, pessoal com formação e competência técnica especializada para assistir de forma integrada, articulada e assertiva os casos. Acredita-se ser relevante nos relatos a interface e integração de saberes e ações de diferentes profissionais para alcançar o trabalho em equipe.

Diante da complexidade das situações, os comportamentos relatados foram numerosos e predominantemente positivos, tidos como ações realizadas pelo sujeito para atender as necessidades de saúde dos pacientes (objeto principal do trabalho), o cuidado em saúde, a interação dos agentes e a comunicação facilitam o trabalho em equipe, aspectos como responsabilidade compartilhada, respeito, sintonia, entrosamento e bom relacionamento de todos os membros da equipe têm como objetivo maior a qualificação e a eficiência das ações.

Foi possível concluir que o trabalho em equipe no cenário do estudo envolve diferentes profissionais com formação e habilidades complementares que compartilham objetivos comuns, exercem ações conjuntas, colaborativas e integradas para assistir os pacientes de forma eficiente e qualificada. Os membros dessa equipe são comprometidos com um propósito comum, onde objetivos, desempenhos e resultados são compartilhados.

Na visão dos profissionais o conhecimento científico, a competência técnica, capacitação e experiência dos agentes são compartilhadas, a fim de gerar um processo de tomada de decisão de toda a equipe, com o objetivo de atender as necessidades de saúde do paciente. Nesse cenário, a sistematização, o imediatismo das ações, a segurança e agilidade dos agentes também é um aspecto que facilita o trabalho da equipe em busca de um objetivo comum no atendimento dos casos de alta complexidade.

As articulações, comunicação e interação entre a própria equipe e entre os diversos setores intra e extra-hospitalares, do mesmo modo, favorecem a continuidade e integralidade do cuidado, bem como o produto final do processo de

trabalho.

Segundo os participantes, as consequências também foram preeminentemente positivas para a dinâmica do trabalho em equipe de assistência ao paciente, alegam aspectos como trabalho sincronizado, ágil e harmonioso que favorece um atendimento completo, assertivo e seguro aos pacientes. Os atendimentos responderam adequadamente à finalidade do processo de trabalho, visto que, na maioria das situações, houve o restabelecimento das funções vitais do paciente, sua estabilização e encaminhamento para outros setores. Entende-se que os profissionais responsabilizem-se pelos comportamentos e pelas consequências dos atendimentos.

É inegável a relevância e a clareza que os participantes dão ao trabalho em equipe nessa unidade, em especial as ações articuladas e integradas durante os atendimentos de alta complexidade.

As situações relatadas como negativas, para dinâmica do trabalho em equipe na unidade, dizem respeito à gravidade do quadro clínico das vítimas, à imprevisibilidade e não aviso prévio dos casos, à desarticulação e fragmentação das ações dos diferentes profissionais da equipe e dos demais serviços intra e extra-hospitalares.

Os participantes relataram a falta de competência técnica de alguns profissionais como aspectos que geram conflitos e estresse na dinâmica do trabalho em equipe, na comunicação e na articulação e integração das ações.

Considerando os resultados, a aproximação ao referencial teórico do processo de trabalho em saúde e a dinâmica do trabalho em equipe de saúde, entende-se que, em unidade hospitalar de atendimento ao trauma, as ações de cuidado dependem da interação e articulação entre os agentes da mesma equipe, entre agentes de outros setores e entre os serviços intra e extra-hospitalares, bem como das ações comunicativas entre esses, para que, assim, garantam uma boa assistência, a manutenção da capacidade organizacional e melhorias do atendimento.

Cabe destacar que a unidade de estudo sofre influência de uma política pública de investimentos na atenção ao trauma e os resultados positivos podem decorrer disso, da forma de inserção do hospital na RUE.

Os resultados indicam que o trabalho em equipe se faz presente e favorece o atendimento aos politraumatizados de alta complexidade, o cuidado em

saúde, a interação dos agentes, a tomada de decisões, bem como a articulação de profissionais e mobilização de recursos para atenção ao paciente. O trabalho em equipe de saúde constitui-se em importante aspecto elencado, evidenciado pela capacidade da equipe de estabelecer prioridades e a rapidez do atendimento.

Fragilidades na articulação, comunicação, bem como nos resultados relacionados ao serviço são aspectos que foram destacados como dificultadores do trabalho em equipe no contexto da sala de trauma.

Para finalizar, cabe destacar que este estudo apresenta um enfoque atualizado acerca da temática do trabalho em equipe de assistência ao paciente em sala de trauma, sem, contudo, esgotar as possíveis abordagens focando o tema. Acredita-se que ainda há muito a ser explorado, considerando a magnitude e contemporaneidade dos agravos traumáticos e da RUE. Para além disso, entende-se que os avanços conquistados nesse cenário não podem retroceder.

Cabe destacar que, ao longo desta tese, embora contextualizada, os termos trabalho em equipe de assistência, equipe multiprofissional, equipe interdisciplinar, equipe interprofissional emergem em situações diferentes, são conceitos específicos e diversos, mas denotando o investimento e entendimento da potencialidade em qualificar o trabalho coletivo. Entende-se que o grande desafio que persiste diz respeito a tornar concreto no cenário dos serviços de saúde a centralidade no usuário, em uma perspectiva de cuidado integral que é construído coletiva e colaborativamente com diferentes competências, dos diversos profissionais no estabelecimento de propostas terapêuticas, planos de ação, com objetivos estabelecidos em comum.

Nesse sentido, entende-se que, para além do querer da própria equipe, o investimento institucional e o direcionamento de políticas públicas efetivas podem trazer resultados diferenciados, como no caso do cenário de estudo que é parte da atenção às urgências e que tem sido sistematicamente alvo de investimentos.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007.

ALVES, M.; RAMOS, F. R. S.; PENNA, C. M. M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

AZEVEDO, A. L. C. S.; SCARPARO, A. F.; CHAVES, L. D. P. Ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro em um serviço hospitalar de urgências traumáticas. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, Medellín, v. 31, n.1, p. 36-43, 2013.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BITENCOURT, C. Gestão contemporânea de pessoas. São Paulo: Artmed; 2004.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.692/ 1995. Institui o índice de valorização hospitalar de emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1995. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-1692.html>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.923/ 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-2923.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 479/1999. Revoga a Portaria 2.923/99, e altera os mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência

hospitalar em atendimento de urgência e emergência, os critérios para classificação dos hospitais no sistema e a remuneração adicional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999a. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/31ecda8047458b54951cd53fbc4c6735/PORTARIA+Nº+479-1999.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 824/1999. Institui as normas para o atendimento pré-hospitalar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-824.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 814/2001. Revoga a Portaria 824/99 e estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e normaliza o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-814.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.048/2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-2048.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.863/2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Estabelece que a referida política será composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais organizadas e ainda, que deverá ser instituída a partir dos componentes fundamentais estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-1863.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.864/2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas centrais de regulação e seus núcleos de educação em urgência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-1864.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.072/2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2003c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-2072.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.828/2004. Institui o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004a. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-1828.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.420/2004. Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde para abordagem dos episódios de morte súbita. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004b. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-2420.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.657/2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004c. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-2657.html>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 4.279/ 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Acidentes e violências no Brasil: um panorama atual das mortes, internações hospitalares e atendimentos em serviços de urgência. In:

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil, 2009**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2008 e 2009. Brasília, DF, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.600/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.601/2011. Estabelece diretrizes para implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o

conjunto dos serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.395/2011. Organiza o Componente Hospitalar da RAU no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>. Acesso em: 19 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.820/2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da RUE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8685-2395.html>. Acesso em: 17 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.338/2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RUE, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>. Acesso em: 17 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.952/2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>. Acesso em: 17 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.994/2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>. Acesso em: 17 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 665/2011. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos Hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011h. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>. Acesso em: 17 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Tecnologia de Informação a Serviço do SUS**

(DATASUS) 2012. Mortalidade por causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a [online]. Disponível em URL: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.663/2012 Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Urgência e Emergência (RUE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.366/2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>>. Acesso em: 9 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 104/2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Urgência e Emergência (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/legislacoes-recentes/legislacoes/gm/119738-1366.html>>. Acesso em: 9 de agosto de 2014.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 4, p. 734-740, 2011.

CAMPOS G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO, B. G. et al. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012.

- CECILIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.
- 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.
- CHAVES, L. D. P. **Integralidade da atenção aos agravos cardiovasculares: avaliação regional**. 2012. 96 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES. Comitê de Trauma. **ATLS**. Manual do Curso para Alunos, 2014.
- COLEMAN, C. F.; WAGNER, E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGIOA, R.; NUÑO, R. S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier España, 2008.
- CONCEIÇÃO, C. S. et al. Sistemas de comunicação na organização hospitalar. **RESI – Revista eletrônica de sistemas de informação**, Campo Largo, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.facecla.com.br/revistas/resi/edicoes/ed9artigo07.pdf>>.
- COSTA, C. D. S.; SCARPELINI, S. Avaliação da qualidade do atendimento ao traumatizado através do estudo das mortes em um hospital terciário. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 249-254, 2012.
- D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, p. 188, 2008.
- DALLORA, M. E. L. V. **Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário**. 2010. 89 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 231-234, 2005.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicação e resultados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 35-58, 1974.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. 130 p.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 196 p.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergências às vítimas de acidentes e violência no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 6, p. 430-440, 2008.

DI CREDO, P. F.; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 126-131, 2012.

DOMINGUES, C. A. **Trauma and Injury severity score: análise de novos ajustes no índice**. 2013. 141 f. Tese (Doutorado) –Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUARTE, E. D., SENA, R. R., XAVIER, C. C. Processo de Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 647-654, 2009.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, 2010.

FARIA H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon-UFMG/Coopmed, 2009. 68 p.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FORTUNA C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FRAGA, G.P. et al. The scientific production in trauma of an emerging country. **World Journal of Emergency Surgery**, London, v. 7, n. suppl.1, p. S13, 2012.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 239-235, 2007.

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

GULA, E. A. **Integração de informações e análise epidemiológica para pacientes vítimas de trauma na Unidade de Emergência do HCFMRP**. 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

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

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl.2, p. 331-336, 2004.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO. **Relatório de Atividades**. 2013. Disponível em: <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload/RelatoriodeAtividades_HCRP_2013.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

HENNEMAN, E. A.; LEE, J. L.; COHEN, J. I. Collaboration: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 103-109, 1995.

IMAMURA, J. H. **Epidemiologia dos traumas em países desenvolvidos e em desenvolvimento**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

JACKSON, C. L. et al. The primary care amplification model: taking the best of primary care forward. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, p. 268, 2008.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 271-278, 2006.

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

MACHADO, M. H. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura**. Rio de Janeiro: Fio Cruz/ENSP, 1992.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Uma reflexão crítica sobre o “modo de fazer” da enfermeira perante o doente traumatizado grave em unidade de pronto-atendimento**. 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. da S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

_____. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARX, K. **O capital**. 14ª ed. São Paulo: Dife, 1994. v. 1.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de Trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.

MCCALLIN, A. M. Interdisciplinary practice--a matter of teamwork: an integrated literature review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 4, p. 419-428, 2001.

_____. Interdisciplinary researching: Exploring the opportunities and risks of working together. **Nursing & Health Sciences**, Carlton, v. 8, n. 2, p. 88-94, 2006.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 10. nov. 2013.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

_____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da Educação profissional em saúde**. 2ª ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2009. p. 348-352.

MILLER, C.; FREEMAN, M.; ROSS, N. **Interprofessional practice in health and social care**: Challenging the shared learning agenda. London: Arnald, 2001.

MORIN, E. **A Cabeça Bem Feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NANCARROW, S. A. et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. **Human Resources for Health**, London, v. 11, p. 19, 2013.

NETO, M. L. **Incidentes críticos relacionados aos eventos adversos a medicamentos em uma unidade de clínica médica de um hospital público do Estado do Amazonas**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

NOGUEIRA, M. S. **Incidentes críticos na passagem de plantão**. 1988. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

NOGUEIRA, M. S. et al. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, p. 107-112, 1993.

NUGUS P, et al. How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 71, n. 5, p. 898-909, 2010.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

O'DWYER, G. O. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito**. Washington: OPS, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em <http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20>. Acesso em: 7 dez. 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde:** possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007a. 247 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R.; BARROS M. E. B.; MATOS R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007b.

_____. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da Educação profissional em saúde.** 2ª ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2009. p. 419-425.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C. Trabalho em equipe multiprofissional. In: MARTINS, M. A. et al. (eds.). **Clínica Médica.** Barueri: Manole, 2009. Volume 1, cap. 17, p. 171-178.

PEDUZZI, M., SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da Educação profissional em saúde.** 2ª ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2009. p. 320-328.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 108-124.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

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.

PINHEIRO R. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da Educação profissional em saúde.** 2ª ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2009. p. 110-114.

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.

PULLON, S.; MCKINLAY, E.; DEW, K. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. **British Journal of General Practice**, London, v. 59, n. 560, p. 191-197, 2009.

QUEIROZ, E., ARAÚJO, T. C. C. F. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 177-187, 2009.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1962-19756, 2011..

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RISSE, D. T. et al. The potencial for improved the teamwork to reduce medical erros in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, St. Louis, v. 34, n. 3, p. 373-383, 1999.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 12th ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

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

SALVADOR, P. T. C. O. et al. Perfil das dissertações e teses brasileiras acerca do trauma: uma pesquisa documental. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 328-334, 2012.

SANGALETI, C. et al. The experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration to health care professionals in primary health care settings: a systematic review protocol. **JBI database of Systematic Reviews and implementation Reports**, Adelaide, v. 12, p. 24-33, 2014.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. et al. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 19, n. Suppl.1, p. 132-147, 2005.

SANTOS, J. L. G. et al. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

SASSO, G. T. M. D. et al. Classificação de risco e acolhimento. In: UNIVERSIDADE FEDEAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. (org.). **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 2013. p. 1-115.

SETTERVALL, C. H. C. et al. Mortes evitáveis em vítimas com traumatismos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 367-375, 2012.

SILVA, A. G. et al. Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuição da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

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, L. G.; MATSUDA, L. M. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. suppl., p. 121-128, 2012.

SILVA, F. C.; SILVA, R. C. L. O Enfermeiro e as Práticas Assistenciais para o cliente politraumatizado no setor de emergência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 3, n. 4, p. 839-847, 2009.

SILVA, A. P. et al. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de Kurt Lewin. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 549-556, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO. **O que é trauma**. 2012. Disponível em: <<http://www.sbait.org.br/trauma.php>>. Acesso em: 11 out. 2014.

SOUSA, R. M. C. et al. **Atuação no Trauma** – Uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 449-455, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>>. Acesso em: 11 out. 2014.

UCHÔA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.

WACHS, J. E. Building the occupational health team: keys to successful interdisciplinary collaboration. **AAOHN Journal**, Atlanta, v. 53, n. 4, p. 166-171, 2005.

WALDOW, V. R. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, 2014.

XYRICHIS, A.; REAM, E. Teamwork: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 61, n. 2, p. 232-241, 2008.

ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 3, p. CD000072, 2009.

APÊNDICE A - Orientação ao entrevistado

Como aluna regularmente matriculada no Programa Interunidades de Doutorado 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 às questões abaixo acerca de suas atividades profissionais. As informações serão utilizadas com vistas ao desenvolvimento de nosso projeto de pesquisa intitulado **Perspectivas para o trabalho em equipe multiprofissional de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas**, com o objetivo de: caracterizar implicações positivas e negativas para o trabalho em equipe multiprofissional, 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 da equipe multiprofissional de saúde em unidades de urgências traumáticas.

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

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas

Roteiro de entrevista

Entrevista n.: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Parte A – Dados de Identificação

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Categoria profissional: _____

3. Ano em que concluiu a formação profissional: _____

4. Há quanto tempo você trabalha na sala de trauma desse hospital?
_____anos _____meses

Parte B – Roteiro de entrevista

A partir de sua vivência profissional na sala de trauma desse hospital, em especial durante os atendimentos a pacientes politraumatizados e considerando as especificidades, complexidade e imprevisibilidade desses atendimentos:

A- relate uma situação vivenciada por você que exemplifique o trabalho em equipe de assistência ao paciente, o que os profissionais fizeram nessa situação e quais os resultados que obtiveram? Existem aspectos negativos e positivos do trabalho em equipe nessa situação, quais são?

B- você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Gostaria de convidar V^a. S^a, _____, para validar e/ou realizar um pré-teste voluntariamente no questionário de coleta de dados da pesquisa intitulada “Perspectivas para o trabalho em equipe de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas”, cujo objetivo é caracterizar as implicações positivas e negativas do trabalho em equipe de saúde multiprofissional em uma unidade hospitalar de urgências traumáticas.

Acreditamos que os resultados possam trazer contribuições tanto para o ensino de graduação quanto à prática profissional da equipe multiprofissional, particularmente no âmbito do trabalho em equipe nas unidades de emergências traumáticas.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, convido-lhe a validar e/ou responder uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro que consta de duas partes: caracterização do entrevistado e questões sobre o trabalho em equipe multiprofissional na sala de trauma. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora, em horário e dia previamente agendados. As entrevistas têm duração estimada entre 20 e 45 minutos, serão gravadas e após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, serão feitas as análises 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 própria pesquisadora.

Sua colaboração será muito importante para realização deste estudo. Podemos garantir que você não se sentirá constrangido ou desconfortável, asseguramos o sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, de modo que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Você pode se recusar a responder e/ou a validar qualquer pergunta, a qualquer momento, tendo a liberdade de retirar seu consentimento, deixando de contribuir com o estudo, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento em relação ao pesquisador e à condição de servidor.

Você, ao assinar, declara que tem ciência de todos os direitos descritos

acima, e concorda que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e concorda livremente em participar da pesquisa, e que recebeu uma cópia assinada deste termo.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Ana Lúcia C. Sajoro Azevedo no telefone (19) 99721-3730 ou *e-mail*: al_sajoro@hotmail.com, ou Lucieli Dias Pedreschi Chaves no telefone (16) 99796-6265 ou *e-mail* dpchaves@eerp.usp.br.

Atenciosamente

Assinatura do pesquisador e RG: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento, assino o presente

Assinatura do participante e RG: _____

Local e Data: _____

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

Gostaria de convidar V^a. S^a, _____, para participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Perspectivas para o trabalho em equipe de assistência ao paciente em Unidade Hospitalar de Urgências Traumáticas”, cujo objetivo é caracterizar as implicações positivas e negativas do trabalho em equipe de saúde multiprofissional em uma unidade hospitalar de urgências traumáticas.

Acreditamos que os resultados possam trazer contribuições tanto para o ensino de graduação quanto à prática profissional da equipe multiprofissional, particularmente no âmbito do trabalho em equipe nas unidades de emergências traumáticas.

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, convido-lhe a validar e/ou responder uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro que consta de duas partes: caracterização do entrevistado e questões sobre o trabalho em equipe multiprofissional na sala de trauma. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora, em horário e dia previamente agendados. As entrevistas têm duração estimada entre 20 e 45 minutos, serão gravadas e após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, serão feitas as análises 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 própria pesquisadora.

Sua colaboração será muito importante para realização deste estudo. Podemos garantir que você não se sentirá constrangido ou desconfortável, asseguramos o sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, de modo que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Você pode se recusar a responder qualquer pergunta, a qualquer momento, tendo a liberdade de retirar seu consentimento, deixando de contribuir com o estudo, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento em relação ao pesquisador e à condição de servidor.

Você, ao assinar, declara que tem ciência de todos os direitos descritos acima, e concorda que os resultados possam ser divulgados em evento ou

periódicos científicos e concorda livremente em participar da pesquisa, e que recebeu uma cópia assinada deste termo.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas com Ana Lúcia C. Sajoro Azevedo no telefone (19) 99721-3730 ou *email*: al_sajoro@hotmail.com, ou Lucieli Dias Pedreschi Chaves no telefone (16) 9796-6265 ou *email* dpchaves@eerp.usp.br.

Atenciosamente

Assinatura do pesquisador e RG: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento, assino o presente

Assinatura do participante e RG: _____

Local e Data: _____

APÊNDICE E – Entrevistas

Entrevista n. ___ / Incidentes Críticos (E01)		
Incidente Crítico Situação	+	-
S1:		
S2:....		
Comportamento	+	-
C1:....		
C2:....		
Consequência/Resultados	+	-
R1:....		
R2:....		

APÊNDICE F – Situação

[illegible]

APÊNDICE G – Comportamentos

[illegible]

APÊNDICE H – Consequência

Consequência	+	%	-	%	n.
Agrupamento/Categoria 1					
Total					
Agrupamento/Categoria 2					
Total					
Agrupamento/Categoria 3					
Agrupamento/Categoria 4					
Total Consequencias					
Total					

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa

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

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 11 de abril de 2012

Projeto de pesquisa: “Desenvolvimento de equipe de enfermagem em Unidade de Urgências Traumáticas na perspectiva da pesquisa ação”

Pesquisadores responsáveis: Ana Lúcia de Castro Sajioro Azevedo e Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:
Coordenador da Unidade de Pesquisa Clínica

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica - HCFMRP-USP

1/1

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA do HCFMRP-USP
(16) 3602-2228
cep@hcrp.fmrp.usp.br