

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

Organization of multidisciplinary work aimed at providing care for polytrauma victims: a situational diagnosis

Organización del trabajo multidisciplinario en la atención a víctimas de politraumatismo: diagnóstico situacional

Eloisa Cesa Zuanazzi¹ ; Elaine Cristina Novatzki Forte¹ ; Daniele Delacanal Lazzari¹ ;
Milene da Silva¹ ; Julia Estela Willrich Boell¹ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma. **Método:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado na emergência de um hospital referência em politrauma na região sul do Brasil, com 30 profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, por meio de entrevistas estruturadas e observação não participante, em maio de 2023. Realizou-se análise interpretativa com agrupamento e organização dos dados em um mapa de associação de ideias. **Resultados:** emergiram três eixos: Estrutura - estrutura física inadequada, regulação ineficaz e força de trabalho; Processo - capacitação e comunicação e; Resultado: ausência de avaliação e liderança no atendimento. **Considerações finais:** foi possível evidenciar dificuldades na estrutura física, insuficiência de profissionais, problemas de comunicação e ausência de educação permanente. Ainda, o estudo revelou iniciativas individuais para superar limitações e colaboração mútua para enfrentar momentos críticos. Destaca-se a organização da equipe multiprofissional como um papel fundamental no atendimento à vítima de politrauma.

Descritores: Emergências; Traumatismo Múltiplo; Assistência ao Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze the organization of multidisciplinary work aimed at providing care for polytrauma victims. **Method:** qualitative, exploratory and descriptive study carried out in the emergency department of a referral hospital for polytrauma care located in the southern region of Brazil, with 30 professionals including nurses, nursing technicians and doctors through structured interviews and non-participant observation, held in May 2023. An interpretative analysis was carried out and data were grouped and organized into a mind map. **Results:** three axes emerged: Structure - inadequate physical structure, ineffective regulation and workforce; Process - training and communication; and Outcome: lack of evaluation and leadership in care. **Final considerations:** it was possible to highlight factors such as difficulties in the physical structure, shortage of professionals, communication problems and lack of continuing education. Furthermore, the study revealed individual initiatives to overcome limitations and mutual collaboration to face critical moments. The organization of the multidisciplinary team stands out as a key aspect in the care of polytrauma patients.

Descriptors: Emergencies; Multiple Trauma; Patient Care; Patient Care Team.

RESUMEN

Objetivo: analizar la organización del trabajo multidisciplinario en la atención a víctimas de politraumatismo. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo realizado en la sala de emergencia de un hospital de referencia en politraumatismo de la región sur de Brasil, con 30 profesionales enfermeros, técnicos en enfermería y médicos, a través de entrevistas estructuradas y observación no participante, en mayo de 2023. Se realizó un análisis interpretativo con agrupación y organización de datos en un mapa de asociación de ideas. **Resultados:** surgieron tres ejes: Estructura - estructura física inadecuada, regulación ineficaz y fuerza de trabajo; Proceso - capacitación y comunicación y; Resultado: falta de evaluación y liderazgo en la atención. **Consideraciones finales:** se observaron problemas en la estructura física, déficit de profesionales, problemas de comunicación y falta de educación continua. Además, el estudio reveló iniciativas individuales para superar las limitaciones y colaboración mutua para afrontar momentos críticos. Se destaca que la organización del equipo multidisciplinario es fundamental para la atención de las víctimas de politraumatismo.

Descritores: Urgencias Médicas; Traumatismo Múltiple; Atención al Paciente; Grupo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

A vítima de politrauma possui mais de uma lesão traumática gerada por um evento de grande impacto com alto desprendimento de energia, que varia em grau de intensidade e gravidade, causando lesões graves e potencialmente fatais¹. O seu atendimento é uma situação complexa e desafiadora para a equipe multiprofissional, pois exige uma abordagem integrada e coordenada entre diversas especialidades para garantir o melhor resultado para o paciente².

Para orientar os serviços de atendimento à vítima de trauma no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 1.365 em 2013, instituindo a linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências e emergências, com vistas a estruturar, fortalecer, ampliar e capacitar a equipe multiprofissional, reduzindo a mortalidade das vítimas. Essa portaria também objetiva complementar as anteriores que tratam do atendimento em rede de urgências e emergências e de organização do trabalho em saúde nos serviços de emergência³.

Ainda no Brasil, o politrauma é uma das principais causas de morte, principalmente entre jovens e adultos, com número de mortes por acidentes que ultrapassaram 33 mil em 2020⁴. A taxa de mortalidade no Brasil passa de 25 mortes por 100 mil habitantes⁵, excedendo a média mundial de 18 mortes, o que mostra a relevância do politrauma como um problema de saúde pública e a importância de ações de prevenção e abordagem eficiente para o atendimento dessas vítimas⁶.

A abordagem da vítima de politrauma nos hospitais é um processo complexo e multidisciplinar que requer uma equipe treinada e experiente, além de equipamentos e infraestrutura adequados. O objetivo principal é garantir a estabilização das funções vitais e a prevenção de complicações⁷. A avaliação inicial da vítima de politrauma é feita por meio do protocolo XABCDE, que busca identificar e tratar rapidamente as lesões mais graves e potencialmente letais⁸.

A organização do trabalho na emergência é fundamental para assegurar um atendimento eficiente e de qualidade aos pacientes, no qual cada membro da equipe esteja ciente de suas funções de prática e das atribuições específicas, mantendo a divisão clara de tarefas e responsabilidades. Essa abordagem evita conflitos e garante que todas as necessidades dos pacientes sejam atendidas de maneira adequada⁹.

Para garantir uma assistência segura e de qualidade ao paciente politraumatizado, é fundamental analisar como a organização do trabalho na emergência pode influenciar os resultados de saúde desse público tão específico, especialmente pelas ondas crescentes de violência em países como o Brasil¹⁰, gerando demandas no serviço de saúde nos diferentes níveis de complexidade, muitas vezes trazendo danos incapacitantes ou irreversíveis na saúde desses pacientes.

As estimativas mostram que o trauma gera um custo para a saúde pública de 30 bilhões de reais por ano, com uma média de onze vítimas com sequelas permanentes e uma morte a cada 380 atendimentos em emergências¹¹.

Nesse contexto, o estudo se propõe a responder o seguinte objetivo: analisar a organização do trabalho multiprofissional no atendimento à vítima de politrauma na emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, realizado na emergência de um hospital referência em politrauma no sul do Brasil, com participação de membros da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que atuavam na emergência há mais de seis meses. Excluíram-se da pesquisa os profissionais afastados por licença ou férias e estudantes de qualquer nível. A coleta de dados seguiu a conveniência e a saturação teórica dos dados sendo realizada no período entre abril e maio de 2023.

O hospital cenário do estudo é público, fundado em 1966, tem a tipologia de Hospital Especializado Tipo II, caracterizado por dispor de unidades de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral de natureza clínica e cirúrgico. Possui Unidades de Internação, Emergência Externa 24 horas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico, Ambulatório de Especialidades, Serviços de Diagnóstico por Imagem e Serviço de Apoio à Diagnóstico Terapia. O Hospital ainda conta, ainda, com Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, Retirada de órgãos e tecidos, Oncologia Cirúrgica porte B, Unidade de Alta Complexidade Oncológica exclusiva de Hematologia e Unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia. A Emergência é composta por sete consultórios médicos, duas salas com 12 poltronas cada para atendimento menos complexo, sala de atendimento ao paciente crítico com 14 leitos, três salas de curativo e pequena cirurgia, três salas de reanimação com três leitos cada, uma sala de observação indiferenciada com 20 leitos, uma sala de classificação de risco, uma recepção, uma farmácia, duas salas de prescrição, três expurgos e três postos de Enfermagem.

Circulam na emergência, por turno de trabalho (noturno e diurno), uma média de sete enfermeiros, 16 técnicos e 12 médicos, atendendo, em média, 90 pessoas no período diurno, 40 pessoas no período noturno e cerca de 25 ambulâncias por dia. As escalas de trabalho costumam ser de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso, somando três equipes para cumprimento dos turnos previstos.

Os participantes foram convidados a conhecer o objeto do estudo de forma presencial, por meio de conversa informal e, diante do interesse, foram coletadas formas de contato para que as entrevistas fossem realizadas, em horário e local convenientes para eles.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período de abril a maio de 2023 durante o turno de trabalho dos profissionais entrevistados, previamente agendadas e contatadas via telefone, utilizando um roteiro norteador com questões relacionadas às questões referentes à organização do trabalho no atendimento à vítima de politrauma.

O instrumento de coleta de dados contempla os aspectos do trabalho em emergência, conhecimento relativo à identificação de sinais de politrauma, barreiras de atuação, potencialidades e dificuldades.

As entrevistas foram realizadas de modo presencial, tiveram tempo médio de duração de 30 minutos e foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra. A observação não participante foi realizada em quatro períodos de trabalho (diurno e noturno) dos profissionais e somaram 25 horas.

A análise de dados se deu por meio da hermenêutica- dialética¹², com a aproximação teórica da garantia da qualidade¹³ e seus três pilares, por entender que a qualidade está intimamente relacionada às formas de organização do trabalho. Para a organização dos dados utilizou-se o Microsoft Word para transcrição, agrupamento e organização dos dados em um mapa de associação de ideias (Figura 1).

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

Figura 1: Exemplo de codificação pelo mapa de associação de ideias. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

O estudo seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados nos resultados conforme inicial de cada profissão: E – Enfermeiros, M – Médicos e TE – Técnicos de Enfermagem, seguida pelo número de sequência das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram das entrevistas oito médicos, 12 enfermeiros e dez técnicos de enfermagem. De acordo com os três pilares da garantia da qualidade¹², os resultados estão dispostos em três categorias principais – Estrutura, Processo e Resultado - com subcategorias que expressam em detalhes a organização do trabalho na emergência na assistência ao paciente com politrauma.

Eixo 1 – Estrutura: sobre recursos e insumos

Constatou-se que a estrutura física inadequada, a regulação, que abrange aspectos relacionados às etapas do trabalho, a lotação do serviço e a sobrecarga de trabalho (física e psicológica), a alta demanda enfrentada pelos profissionais, bem como o atual quadro de pessoal são desafios enfrentados pelas equipes atuantes na emergência.

Acho que espaço físico, porque não tem onde acomodar o paciente, geralmente eles ficam na sala horizontal [sala em que os pacientes ficam em macas] com todos, aí tem os com fratura exposta com todo mundo, junto com paciente hipertensa, com paciente com outras comorbidades. (E10)

Espaço físico com certeza, um hospital que não tem heliponto, que a porta da reanimação, sala vermelha fica a mais de vinte metros de entrada, a tomografia fica a dois andares acima, o centro cirúrgico fica a cinco andares acima [...] não tem uma sala de trauma também, isso atrapalha bastante. (M6)

A gente vê que está engatinhando numa doença que é extremamente letal, sequelante e na idade mais produtiva. [...] Aqui nesse hospital o ideal seria ter um Sala de Trauma. (M1)

Essa semana, a gente chegou a ter sessenta e oito pacientes na emergência internados, como é que tu vai conseguir? (E3)

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

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

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

Eixo 2 – Processo: atividades e procedimentos empregados

A ausência de capacitação para trabalhar com pacientes vítimas de politrauma é uma questão amplamente evidente e relevante no contexto dos profissionais consultados. As capacitações, quando realizadas, são feitas de forma autônoma pelos profissionais, sem apoio direto da instituição.

Capacitação da instituição não. Só por conta mesmo e no dia a dia, a prática. (E5)

A gente lê bastante a respeito, eu aprendi muito aqui na residência, já que é um serviço de referência de trauma, então por ter vivenciado aqui a minha formação eu aprendi, mas eu não tenho curso de ATLS. (M4)

Em relação à comunicação, parte dos profissionais enfatizou que a qualidade da comunicação depende da equipe que está de plantão, destacando que a comunicação flui de maneira satisfatória a depender do profissional que está atuando no dia. Essa efetividade está intimamente ligada ao vínculo estabelecido entre os membros das equipes que, aparece como um facilitador da comunicação.

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

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

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

Eixo 3 – Resultado: efeito das ações e procedimentos sobre o estado de saúde dos pacientes

Todos os entrevistados foram unânimes em mencionar algum fator relacionado à ausência de discussão de casos após a estabilização das vítimas de politrauma, ressaltando a falta de interação e comunicação formal entre os profissionais de diferentes áreas de atuação após a prestação dos cuidados aos pacientes, um requisito importante para a avaliação da qualidade. Nomeadamente à liderança do atendimento à vítima de politrauma, ninguém assume um papel de liderança específico, cada um parece adotar uma postura com qual se sustenta durante o atendimento.

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

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

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

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

Fazemos a comunicação dos casos, mas entre ortopedistas, para decidir o tratamento. (M7)

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

Ninguém lidera, cada um já sabe o que tem de fazer. Numa parada, uma estabilização a gente vai por prioridades, o que é uma prioridade para estabilizar esse paciente, mas não tem uma rotina muito fidedigna assim, muito depende da equipe que tu está também. (E5)

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

DISCUSSÃO

Embora cruciais, as emergências sofrem com a demanda excessiva de pacientes, problemas estruturais, escassez de recursos humanos, materiais e a alta significativa dos índices de violência e acidentes de trânsito¹⁴. Diante de tantas

inadequações, as emergências têm a qualidade no atendimento comprometida, haja vista que os pacientes graves precisam de uma assistência rápida, imediata e segura¹⁵.

Em um diagnóstico situacional realizado em unidade de emergência cardiológica do Brasil, constatou-se que o déficit na força de trabalho leva, além da sobrecarga de trabalho, à diminuição do desempenho desses profissionais, que, juntamente com outros problemas de ordem estrutural, promovem a insatisfação profissional coletiva no ambiente de trabalho, comprometendo significativamente com a piora da qualidade^{16,17}.

Estudos compilados em revisão evidenciaram que a estrutura física inadequada também configura um obstáculo para o cuidado humanizado nas emergências, que embora sejam dinâmicas e possuam características de serviços de alta rotatividade, necessitam manter o cuidado humanizado com foco nas necessidades dos pacientes¹⁵. A estrutura física de serviços de emergência ditos como referência para o trauma, precisa contar com serviço de exames de imagem, como radiografia de tórax, pelve e o FAST (*Focused Assesment with Sonography for Trauma*), pois se constituem instrumentos de alta sensibilidade e especificidade na investigação inicial no paciente politraumatizado¹⁸. A realidade encontrada neste estudo confirma o cenário das emergências no território nacional, sinalizando as mesmas dificuldades em relação à estrutura física inadequada¹⁹.

Os pacientes politraumatizados necessitam de cuidados muito específicos das equipes de saúde, o que tem se tornado um desafio ainda mais complexo, tendo em vista o impacto desses cuidados iniciais para bons resultados e a ligação íntima com o sucesso na recuperação das lesões¹⁸. O corpo do politraumatizado se apresenta hipermetabólico, hipercoagulável e extremamente estressado, o que requer um intenso e contínuo cuidado da equipe²⁰.

A gestão dos serviços de emergência possui muitos desafios, especialmente quando relacionados com a força de trabalho. Não se trata somente do quantitativo adequado de profissionais, mas também da ausência/baixa qualificação destes, as formas de contratação (quando temporários, tendem a sair do serviço quando adquirem experiência), a baixa fixação e a alta rotatividade, problemas que culminam na descontinuidade do atendimento²¹.

Para que o atendimento aos pacientes politraumatizados seja eficaz, faz-se necessário que os profissionais que atuam na emergência possuam conhecimento prévio e treinamento suficiente. Estudos demonstram que a realização de treinamentos e/ou capacitações frequentes colabora para a mudança de comportamento das equipes, especialmente na comunicação e nas relações interpessoais e as mantêm motivadas, pois experimentam resultados positivos com o passar dos atendimentos^{22,23}. A necessidade de capacitação para atuar em serviços de emergência e a utilização de protocolos de atendimento para pacientes politraumatizados, contribui para um atendimento padronizado, uniforme, contínuo, integral, efetivo e de qualidade^{20,24}, o que não foi evidenciado neste estudo.

Outro aspecto destacado está relacionado à comunicação entre os profissionais, sinalizado neste estudo como uma barreira que influencia de forma muito negativa no atendimento. A ausência de reuniões específicas para discussão dos casos e avaliação do atendimento é fortemente associada ao aspecto negativo do trabalho na emergência. A falta de comunicação ainda pode se configurar em problemas de humanização da assistência e de segurança do paciente. Dentre os principais facilitadores para a implementação de práticas colaborativas nas emergências, o bom relacionamento entre as equipes, os treinamentos e, especialmente, a comunicação, são essenciais para o fortalecimento da assistência ao paciente politraumatizado^{22,23}.

Neste estudo foram identificadas situações em que a regulação e a comunicação não foram devidamente observadas. Essas falhas resultam em atrasos no atendimento, encaminhamentos inadequados e falta de coordenação entre os serviços de urgência, comprometendo a qualidade e a efetividade do cuidado prestado aos pacientes.

A discussão de caso após a estabilização da vítima em unidades de emergência desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Essa prática, conhecida como discussão clínica, envolve análise retrospectiva do atendimento prestado, com o objetivo de revisar e aprender com a experiência vivida. Ao promover o compartilhamento de experiências, é possível identificar pontos fortes e fracos, melhorar a tomada de decisão, fortalecer o trabalho em equipe e identificar lacunas de conhecimento, contribuindo para o aprendizado contínuo, aprimoramento profissional e excelência no atendimento²⁵.

As reuniões multidisciplinares baseadas em trocas de conhecimento entre os membros da equipe multidisciplinar visa a melhorar tomada de decisões, tornar o cuidado organizado e entender como as decisões são tomadas²⁶. Estudo evidenciou que a comunicação entre a equipe multiprofissional pode não ser linear, uma vez que há perda de informações entre diferentes equipes, sendo identificado que um *briefing* de segurança multidisciplinar, uma espécie de resumo de atendimento, trazido como uma espécie de reunião curta entre os membros da equipe de formato pré-determinado, onde todos os membros possam colaborar e discutir desafios colabora para a segurança do paciente durante situações de emergência, apoiando a comunicação eficaz entre os membros da equipe e melhorando diretamente a segurança do paciente envolvido²⁷.

A ajuda mútua dos profissionais, neste estudo, aparece como um fator protetor ao paciente, pois a interação das equipes contribui na agilidade do atendimento e na sincronia de cada etapa deste. Esse comportamento costuma estar relacionado ao apoio e à liderança da equipe, no qual o líder é considerado aquele que delega tarefas, apoia os profissionais e coordena os cuidados²⁸. Por isso, a relevância da implantação de protocolos para o cuidado seguro ao paciente na emergência voltados para a segurança e a qualidade da assistência, além das atividades de cunho gerencial e de educação permanente das equipes²⁹.

A organização do trabalho se constitui dimensão determinante do trabalho humano e é orientada à satisfação de necessidades coletivas e individuais, que combina de diversos fatores materiais e não materiais, requerendo dos profissionais condições laborais e institucionais específicas para o trabalho (recursos de todos os tipos, força de trabalho, tempo, estrutura e ferramentas)³⁰.

Verificou-se, nos relatos analisados, uma vivência complexa e permeada de desafios, com destaque para a divisão técnica do trabalho na emergência, configurando uma organização do trabalho pouco articulada entre os profissionais, o que os distanciam dos requisitos prescritos para a melhoria da qualidade.

Limitações do estudo

As limitações do estudo se referem ao mesmo ser realizado em uma unidade de emergência, o que não expressa a realidade de todas as emergências do país no atendimento ao politrauma. Muito pelo contrário, estudos realizados em emergências mais estruturadas podem servir de subsídios para mudanças significativas nas unidades que as requerem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos com relação à organização do trabalho dos profissionais da emergência no atendimento à vítima de politrauma corroboram com achados de pesquisas anteriores, nas quais são evidenciadas dificuldades na organização do trabalho que englobam a estrutura física, a insuficiência de recursos humanos, os problemas de comunicação, a ausência de educação permanente, dentre outros, que dificultam a organização do trabalho como um todo. Ademais, evidencia-se uma organização marcada pela divisão técnica ou parcelar do trabalho ao limitar a participação do profissional de medicina e enfermagem no seu fazer sistemático, individual e pouco reflexivo.

Todavia, mesmo diante das adversidades do ambiente de trabalho e da complexidade do paciente nessas condições, os profissionais demonstram iniciativas individuais como tentativas de suprir lacunas, as equipes mostram-se atentas e dispostas a prestar o melhor cuidado possível, e sempre organizadas em torno do paciente.

A realidade estudada mantém as características de achados prévios, o que pode ser encontrado em outras realidades. Enfatiza-se a importância crucial da organização do trabalho na emergência, no que refere especialmente às condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e medicina, foco deste estudo. Por isso, a estrutura física precisa ser adequada nos serviços de referência, a capacitação dos profissionais deve ser contínua para aprimorar a agilidade e a efetividade das ações, pois são componentes cruciais para a melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Santos MAS, Santos LGE, Oliveira GFSM, Miranda LN. Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. *Ciênc Biol Saúde Unit*. 2018 [cited 2023 Aug 12]; 4(2):11-22. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/4648/2777>.
2. Nascimento ITS, Oliveira MAC, Macedo TA, Oliveira DAL, Oliveira AGL. Competências profissionais de enfermagem: avaliação do conhecimento sobre a assistência inicial a vítima de politraumatismo [Trabalho de Conclusão de Curso]. Caruaru: Centro Universitário Tambosa de Almeida; 2018 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <http://repositorio.ascs.edu.br/handle/123456789/1825>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2013 [cited 2023 Dec 19]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html.
4. Ministério da Saúde (BR). Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM). 2020. [cited 2023 Aug 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
5. Organização Mundial da Saúde. Global Status Report on Road Safety 2018 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>.
6. Carvalho CHR. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e desigualdades interestaduais no Brasil. *Radar, Tecnol Prod Comér Exter*. 2021 [cited 2023 Aug 12]; 67(31):7-10. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10837/1/radar_67_mortalidade_por_acidentes.pdf.
7. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
8. PHTLS - Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. 9. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2020.

9. Rabelo SK, Lima SBS, Santos JLG, Costa VZ, Reisdorfer E, Santos TM, et al. Nurses' work process in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm.* 2020 [cited 2023 Aug 12]; 73(5):e20180923. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>.
10. Leyva RJR, Rodríguez YP, Campaña AA. Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencias médicas. *Dialnet.* 2021 [cited 2023 Aug 12]; 3(8):324-49. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8156783>.
11. Belmonte LM, Lange BA, Silva CM, Silva TO, Belmonte LAO. Levantamento do perfil das vítimas de acidentes motociclistas internadas em um hospital público de Santa Catarina. *Rev Saúde Pública St Catarina.* 2017 [cited 2023 Aug 12]; 10(1):8-22. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127676/levantamento-do-perfil-das-vitimas-de-acidentes-motociclistico_ONONcNs.pdf.
12. Habermas J. Teoria do Agir Comunicativo: sobre a crítica da razão funcionalista. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2012.
13. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care.* 1996 [cited 2023 Aug 12]; 8(4):401-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.4.401>.
14. Souza J, Júnior J, Miranda F. Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Rev Enferm Referência.* 2017 [cited 2023 Aug 12]; IV(12):107-16. DOI: <https://doi.org/10.12707/riv16064>.
15. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019 [cited 2023 Aug 12]; 40:e20180263. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>.
16. Becker AC, Silva RKE, Kaneko RT. Situational diagnosis of a cardiological emergency unit to evaluate the quality of service and patient care. *Rev Adm Saúde.* 2018 [cited 2023 Aug 12]; 18(73):1-16. DOI: <https://doi.org/10.23973/ras.73.110>.
17. Abolfotouh MA, Al-Assiri MH, Alshahrani RT, Almutairi ZM, Hijazi RA, Alaskar AS. Predictors of patient satisfaction in an emergency care centre in central Saudi Arabia: a prospective study. *Emerg Med J.* 2016 [cited 2023 Aug 12]; 34(1):27-33. DOI: <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-204954>.
18. Frink M, Lechler P, Debus F, Ruchholtz S. Multiple trauma and emergency room management. *Deutsch Aertzbl Int.* 2017 [cited 2023 Aug 12]; 114(29-30):497-503. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0497>.
19. Bonfim LN, Souza PHA, Lima ABS, Damasceno HA, Duarte TL, Dias LS, et al. Papel do enfermeiro ao paciente politraumatizado: uma revisão de literatura. *REASE.* 2023 [cited 2023 Aug 12]; 9(4):768-80. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i4.9263>.
20. Perboni JS, Silva RC, Oliveira SG. Emergency care humanization in the perspective of nurses: polytraumatized patient approach. *Interações estd pesqui psicol.* 2019 [cited 2023 Aug 12]; 20(3):959-72. DOI: <https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>.
21. Machado CV, Lima LD, O'Dwer G, Andrede CLT, Baptista TWF, Pitthan RGV, et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2016 [cited 2023 Aug 12]; 32(2):e00170614. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00170614>.
22. Eisenmann D, Stroben F, Gerken JD, Exadaktylos AK, Marchner M, Hautz WE. Interprofessional emergency training leads to changes in the workplace. *West J Emerg Med.* 2018 [cited 2023 Aug 12]; 19(1):185-92. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.35275>.
23. Grover E, Porter JE, Morphet J. An exploration of emergencynurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Austral Emerg Nurs J.* 2017 [cited 2023 Aug 12]; 20(2):92-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>.
24. Marques VC, Silva RC, Oliveira SG. Evaluation of care for traffic accidents victims made by on duty emergency physicians and surgeons in the emergency room. *Rev Col Bras Cir.* 2016 [cited 2023 Aug 12]; 46(3):458-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>.
25. O'connor DT, Rawson H, Redley B. Nurse-to-nurse communication about multidisciplinary care delivered in the emergency department: an observation study of nurse-to-nurse handover to transfer patient care to general medical wards. *Austral Emerg Care.* 2020 [cited 2023 Aug 12]; 23(1):37-46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.004>.
26. Rowan VL, Anjara S, Brún AD, MacDonald S, Kearns EC, Marnane M, et al. The impact of huddles on a multidisciplinary healthcare teams' work engagement, teamwork and job satisfaction: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2022 [cited 2023 Aug 12]; 28(3):382-93. DOI: <https://doi.org/10.1111/jep.13648>.
27. Fazzini B, Mcginley A, Stewart C. A multidisciplinary safety briefing for acutely ill and deteriorating patients: a quality improvement project. *Int Crit Care Nurs.* 2022 [cited 2023 Aug 12]; 74:103331. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103331>.
28. Whalen S, Goldstein J, Urquhart R, Carter AJE. The novel role of paramedics in collaborative emergency centres aligns with their professional identity: a qualitative analysis. *CJEM.* 2018 [cited 2023 Aug 12]; 20(4):518-22. DOI: <https://doi.org/10.1017/cem.2018.401>.
29. Gomes ATL, Ferreira Jr MA, Salvador PTCO, Bezerril MS, Chivone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. *Rev Bras Enferm.* 2019 [cited 2023 Aug 12]; 72(3):753-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>.
30. Braverman H. Trabajo y capital monopolista: la degradación del trabajo en el siglo XX. 5ª ed. México: Nuestro Tiempo; 1982.

Contribuições dos autores:

Concepção, E.C.Z. e E.C.N.F.; metodologia, E.C.Z. e E.C.N.F.; validação, E.C.Z. e E.C.N.F.; análise formal, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L., M.S. e J.E.W.B.; investigação, E.C.Z. e M.S.; obtenção de recursos, E.C.Z. e M.S.; curadoria de dados, E.C.Z., E.C.N.F. e M.S.; redação - preparação do manuscrito, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L. e M.S.; redação - revisão e edição, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L., M.S. e J.E.W.B.; visualização, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L., M.S. e J.E.W.B.; supervisão, E.C.N.F.; administração do Projeto, E.C.N.F.; aquisição de financiamento, E.C.N.F. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.