

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

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

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

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.

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

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.

INTRODUCCIÓN

La víctima de politraumatismo presenta más de una lesión traumática generada por un evento de alto impacto con alta liberación de energía, que varía en grado de intensidad y severidad, y provoca lesiones graves y potencialmente mortales¹. La atención de la misma es una situación compleja y desafiante para el equipo multidisciplinario, dado que requiere un abordaje integral y coordinado entre diferentes especialidades para garantizar el mejor resultado para el paciente².

Este estudio fue financiado en parte por la *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Finanzas 001*.

Autora de correspondencia: Elaine Cristina Novatzki Forte. E-mail: elaine.cnforte@gmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Magda Guimarães de Araujo Faria

Para orientar los servicios de atención a víctimas de traumatismo en Brasil, el Ministerio de Salud emitió la Ordenanza n.º 1.365 en 2013, que establece la línea de atención de trauma en la red de atención de urgencia y emergencia, con el fin de estructurar, fortalecer, ampliar y capacitar al equipo multidisciplinario, para reducir la mortalidad de las víctimas. Esta ordenanza pretende también complementar las anteriores que tratan sobre la atención en red de urgencias y emergencias y de la organización del trabajo en salud en los servicios de emergencia³.

En Brasil, el politraumatismo es una de las principales causas de muerte, principalmente en jóvenes y adultos, cuyo número de muertes por accidentes superó las 33 mil en 2020⁴. La tasa de mortalidad en Brasil supera las 25 muertes por cada 100 mil habitantes⁵, es superior al promedio mundial de 18 muertes, lo que demuestra la relevancia del politraumatismo como problema de salud pública y lo importante que es que se tomen acciones de prevención y abordaje eficiente para atender a estas víctimas⁶.

El abordaje de las víctimas de politraumatismo en los hospitales es un proceso complejo y multidisciplinario que requiere un equipo capacitado y experimentado, así como también equipos e infraestructura adecuados. El principal objetivo es asegurar la estabilización de las funciones vitales y la prevención de complicaciones⁷. La evaluación inicial de las víctimas de politraumatismo se realiza mediante el protocolo XABCDE, que busca identificar y tratar rápidamente las lesiones más graves y potencialmente letales⁸.

La organización del trabajo en urgencias es fundamental para garantizar una atención eficiente y de calidad a los pacientes, en la que cada miembro del equipo sea consciente de sus funciones prácticas y responsabilidades específicas, manteniendo una clara división de tareas y responsabilidades. Este enfoque evita conflictos y garantiza que se satisfagan todas las necesidades del paciente de forma adecuada⁹.

Para garantizar una atención segura y de calidad a los pacientes con politraumatismo, es fundamental analizar cómo la organización del trabajo en urgencias puede afectar los resultados de salud de esta población tan específica, especialmente debido a las crecientes olas de violencia en países como Brasil¹⁰, que crean demandas en el servicio de salud en los diferentes niveles de complejidad y muchas veces provocan daños incapacitantes o irreversibles para la salud de estos pacientes.

Se estima que el traumatismo genera un costo para la salud pública de 30 mil millones de reales por año, un promedio de once víctimas con secuelas permanentes y una muerte por cada 380 atenciones de emergencia¹¹.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es: analizar la organización del trabajo multidisciplinario en la atención a víctimas de politraumatismo en emergencias.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado en el servicio de emergencias de un hospital de referencia en politraumatismo del sur de Brasil, con la participación de miembros del equipo multidisciplinario (médicos, enfermeros y técnicos en enfermería) que trabajaban en la sala de emergencias hace más de seis meses. Fueron excluidos de la investigación los profesionales que estaban de licencia o vacaciones y los estudiantes de cualquier nivel. La recolección de datos se realizó por conveniencia y saturación teórica de los datos, entre abril y mayo de 2023.

El hospitalario escenario del estudio es público, fue fundado en 1966, y es un Hospital de Especialidad Tipo II, que se caracteriza por contar con unidades de urgencia/emergencia y recursos tecnológicos y humanos adecuados para la atención general de tipo clínica y quirúrgica. Cuenta con Unidades de Internación, Emergencia Externa 24 horas, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Centro Quirúrgico, Servicio Ambulatorio de Especialidades, Servicios de Diagnóstico por Imágenes y Servicio de Apoyo al Diagnóstico Terapéutico. El Hospital también cuenta con una Unidad Asistencial de Alta Complejidad en Neurología/Neurocirugía, una Unidad Asistencial de Alta Complejidad en Traumatología-Ortopedia, Extirpación de órganos y tejidos, Oncología Quirúrgica porte B, una Unidad Asistencial de Alta Complejidad exclusiva para Hematología y Unidad asistencial de Alta Complejidad en Nefrología. La Emergencia consta de siete consultorios médicos, dos salas con 12 sillas cada una para cuidados de menor complejidad, una sala de atención a pacientes críticos con 14 camas, tres salas para curación y cirugía menor, tres salas de reanimación con tres camas cada una, una sala de observación indiferenciada con 20 camas, una sala de clasificación de riesgos, una recepción, una farmacia, dos salas de prescripción, tres de lavado y tres puestos de enfermería.

Por emergencias circulan en promedio siete enfermeros, 16 técnicos y 12 médicos por turno de trabajo (nocturno y diurno), que atienden, en promedio, a 90 personas durante el día, 40 personas durante la noche y alrededor de 25 ambulancias por día. Los horarios de trabajo suelen ser de 12 horas de trabajo y 60 horas de descanso, en total hay tres equipos que completan los turnos programados.

Se invitó a los participantes a conocer el objeto de estudio de forma presencial, a través de conversaciones informales y, dado su interés, se obtuvieron formas de contacto para poder realizar las entrevistas en el momento y lugar que les conviniera.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron de abril a mayo de 2023, durante el turno de trabajo de los profesionales entrevistados, previamente programadas mediante contacto telefónico, se utilizó un formulario con preguntas relacionadas con cuestiones relativas a la organización del trabajo en la atención a víctimas de politraumatismo.

El instrumento de recolección de datos abarca aspectos del trabajo de emergencia, conocimiento relacionado con la identificación de signos de politraumatismo, barreras en el trabajo, potencialidades y dificultades.

Las entrevistas se realizaron de forma presencial, tuvieron una duración promedio de 30 minutos y fueron grabadas con el consentimiento de los entrevistados y posteriormente transcritas en su totalidad. La observación no participante se realizó durante cuatro períodos de trabajo (diurno y nocturno) de los profesionales y duró 25 horas.

El análisis de los datos se realizó a través de la hermenéutica-dialéctica¹², con aproximación teórica de la garantía de la calidad¹³ y sus tres pilares, dado que se considera que la calidad está íntimamente relacionada con las formas de organización del trabajo. Para organizar los datos, se utilizó *Microsoft Word* para transcribir, agrupar y organizar los datos en un mapa de asociación de ideas (Figura 1).

Cita	Primera codificación	Segunda codificación	
[...]Lo que se interpone es que no tenemos un ambiente sólo para politraumatismos, una sala de trauma específica.	Falta de espacio físico específico para el servicio	Estructura física inadecuada	Eje 1 - Estructura

Figura 1: Ejemplo de codificación utilizando el mapa de asociación de ideas. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

El estudio siguió las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado y fueron identificados en los resultados con la inicial de cada profesión: E – Enfermeros, M – Médicos y TE – Técnicos en Enfermería, seguida del número de secuencia de las entrevistas.

RESULTADOS

Participaron de las entrevistas ocho médicos, 12 enfermeros y diez técnicos en enfermería. De acuerdo con los tres pilares de la garantía de la calidad¹², los resultados se organizan en tres categorías principales - Estructura, Proceso y Resultado - con subcategorías que expresan en detalle la organización del trabajo en emergencias en la atención al paciente con politraumatismo.

Eje 1 – Estructura: sobre recursos e insumos

Se observó que la estructura física inadecuada, el reglamento, que abarca aspectos relacionados con las etapas del trabajo, la capacidad del servicio y la sobrecarga de trabajo (física y psicológica), la alta demanda que enfrentan los profesionales, así como la dotación actual de personal son los desafíos que enfrentan los equipos en emergencias.

Creo que el espacio físico, porque no hay dónde acomodar al paciente, generalmente están en la sala horizontal [sala donde están los pacientes en camilla] con todos, los que tienen fracturas expuestas están con todos los demás, junto con los hipertensos, con los pacientes con otras comorbilidades. (E10)

Espacio físico seguro, un hospital que no tiene helipuerto, que tiene la puerta de reanimación, la sala roja a más de veinte metros de la entrada, la tomografía está dos pisos arriba, el centro quirúrgico está cinco pisos arriba [...] Tampoco hay una sala de traumatología, eso nos complica bastante. (M6)

Vemos que estamos en las primeras etapas de una afección extremadamente letal, que deja secuelas y en la edad más productiva. [...] En este hospital lo ideal sería tener una Sala de Trauma. (M1)

Esta semana tuvimos sesenta y ocho pacientes internados en emergencias, ¿cómo haces? (E3)

Generalmente lo que más nos cuesta es llevar a los pacientes a hacer exámenes, porque a la noche necesitamos que el médico llame para hacer una tomografía y que el médico suba con el paciente y con nosotros, entonces a veces tienen mucha demanda y tardan más en agilizar, es realmente grave. (TE8)

Creo que lo peor es la falta de profesionales, [...] pero siempre tratamos de organizarnos, para poder atender a la víctima. (E6)

Falta de personal también, de hecho, para brindar una mejor atención a este paciente, nos unimos, siempre hacemos lo mejor que podemos, pero si tuviéramos más personal creo que funcionaría mejor. (TE9)

Eje 2 – Proceso: actividades y procedimientos empleados

La falta de capacitación para trabajar con víctimas de politraumatismo es un tema ampliamente evidente y relevante en el contexto de los profesionales encuestados. La capacitación, cuando se lleva a cabo, la realizan de forma autónoma los profesionales, sin apoyo directo de la institución.

Capacitación por parte de la institución no hay. Sólo por cuenta propia y en el día a día, con la práctica. (E5)

Leemos mucho sobre esto, yo aprendí mucho aquí en la residencia, ya que es un servicio de referencia de trauma, así que al haberme formado aquí aprendí, pero no hice un curso de ATLS. (M4)

En cuanto a la comunicación, algunos de los profesionales enfatizaron que la calidad de la comunicación depende del equipo que esté de turno, y destacan que la comunicación fluye satisfactoriamente dependiendo del profesional que esté trabajando ese día. Esta eficacia está estrechamente ligada al vínculo que se establece entre los miembros del equipo, que surge como facilitador de la comunicación.

En términos de comunicación, depende mucho del equipo que está contigo, por ejemplo, en el equipo de hoy, hay un médico que es más líder, hay una enfermera que es más líder, entonces podemos dejar que solo uno hable y los demás van ejecutando. Eso es bueno, pero desafortunadamente no es así como funciona en todos los equipos. (E8)

Lo que más nos pasa hoy en día es que los bomberos traen a los pacientes, abren el expediente, se lo pasan a los médicos y ellos no nos lo pasan a nosotros los enfermeros, ya hemos escrito varias cartas comunicándolo. (E2)

Se observó la llegada de una ambulancia del SAMU, sin previo aviso por parte del equipo a la Sala de Reanimación. Al llegar, los profesionales fueron recibidos en la puerta por el médico residente de 1er año en cirugía general, el médico del SAMU les explicó brevemente el historial mientras los trasladaban a la Sala de Reanimación (Nota de observación).

Eje 3 – Resultado: efecto de las acciones y procedimientos en el estado de salud de los pacientes

Todos los entrevistados mencionaron de forma unánime algún factor relacionado con la falta de discusión de los casos después de estabilizar a las víctimas de politraumatismo, y destacaron la falta de interacción y comunicación formal entre los profesionales de diferentes áreas de actuación después de brindarles atención a los pacientes, requisito importante para evaluar la calidad. En lo que respecta al liderazgo de la atención a las víctimas de politraumatismo, nadie asume un rol de liderazgo específico, cada uno parece adoptar una postura que mantiene durante la atención.

Entre nosotros los médicos muchas veces dependerá de la conducta, de cualquier ajuste de conducta, a veces hacemos una reunión entre nosotros y el personal que está aquí ese día, pero no hacemos reuniones multidisciplinarias para trauma. (M3)

No, no solemos tener ningún tipo de conversación, ni siquiera entre los enfermeros. (TE2)

No hubo ningún tipo de discusión de caso en el equipo multidisciplinario en ningún momento posterior al servicio. (Nota de observación)

Entonces, hay equipos y equipos. Hay equipos a los que les gusta sentarse, hablar, 'y entonces podríamos haberlo hecho mejor, como la organización'. Hay equipos que no. Pero depende mucho del equipo, no hay una rutina. (E7)

Comunicamos los casos, pero entre ortopedistas, para decidir el tratamiento. (M7)

No, no solemos discutir casos en el equipo, todo sucede muy rápido. (TE1)

Nadie lidera, cada uno ya sabe lo que tiene que hacer. Durante un paro priorizamos la estabilización, que es prioritario para estabilizar a este paciente, pero no hay una verdadera rutina, depende mucho del equipo en el que estés también. (E5)

El equipo de Enfermería inició la atención, cada integrante del equipo realizó una función (punción venosa, monitoreo, exposición de la víctima, posicionamiento, cateterismo vesical, recolección de exámenes, gasometría, etc.). La división de tareas no se hizo con antelación y se realizó en su momento, sin comunicación alguna. (Nota de observación)

DISCUSIÓN

Si bien son cruciales, las emergencias con la demanda excesiva de pacientes sufren problemas estructurales, falta de recursos humanos y materiales y un aumento significativo de las tasas de violencia y accidentes de tránsito¹⁴.

Tantas inadecuaciones comprometen la calidad de la atención en emergencias, dado que los pacientes críticos necesitan una asistencia rápida, inmediata y segura¹⁵.

En un diagnóstico situacional realizado en una unidad de emergencia cardiovascular en Brasil, se comprobó que el déficit de la fuerza de trabajo conduce, además de a la sobrecarga de trabajo, a reducir el desempeño de los profesionales, lo que, junto con otros problemas estructurales, promueve insatisfacción profesional colectiva en el ambiente laboral, lo que compromete significativamente la atención al bajar la calidad^{16,17}.

Los estudios recopilados en una revisión demostraron que una estructura física inadecuada también constituye un obstáculo para la atención humanizada en emergencias, que, aunque son dinámicas y tienen características de servicios de alta rotación, deben mantener una atención humanizada y centrada en las necesidades de los pacientes¹⁵. La estructura física de los servicios de emergencia, considerados de referencia en trauma, debe incluir servicios de diagnóstico por imágenes, como radiografía de tórax, radiografía de pelvis y FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*), ya que son instrumentos de alta sensibilidad y especificidad en la evaluación inicial del paciente con politraumatismo¹⁸. La realidad que se observó en este estudio confirma el escenario de las unidades de emergencia en el territorio nacional, que señalan las mismas dificultades con respecto a la estructura física inadecuada¹⁹.

Los pacientes con politraumatismo requieren que los equipos de salud les brinden un tipo de atención muy específica, lo que se ha convertido en un desafío aún más complejo, debido al impacto que tiene esa atención inicial para lograr buenos resultados y el estrecho vínculo que mantiene con la recuperación exitosa de las lesiones¹⁸. El cuerpo del paciente con politraumatismo está hipermetabólico, hipercoagulable y extremadamente estresado, lo que requiere atención intensa y continua por parte del equipo²⁰.

La gestión de los servicios de emergencia presenta muchos desafíos, especialmente en lo que respecta a la fuerza de trabajo. No se trata sólo de la cantidad adecuada de profesionales, sino también de la falta/baja cualificación de los mismos, las formas de contratación (cuando son temporales, tienden a dejar el servicio cuando ganan experiencia), la baja retención y la alta rotación, problemas que llevan a la discontinuidad de la atención²¹.

Para que la atención al paciente con politraumatismo sea eficaz es necesario que los profesionales que trabajan en emergencias tengan conocimientos previos y suficiente práctica. Hay estudios demuestran que la realización de prácticas y/o capacitaciones frecuentes ayuda a cambiar el comportamiento de los equipos, especialmente con respecto a la comunicación y las relaciones interpersonales, y los mantiene motivados, dado que obtienen resultados positivos a medida que atienden más pacientes^{22,23}. La necesidad de capacitación para actuar en los servicios de emergencia y el uso de protocolos de atención al paciente con politraumatismo contribuye a brindar una atención estandarizada, uniforme, continua, integral, efectiva y de calidad^{20,24}, lo que no se vio en este estudio.

Otro aspecto destacado se relaciona con la comunicación entre los profesionales, que se destaca en este estudio como una barrera que afecta de forma muy negativa la atención. La falta de reuniones específicas para discutir casos y evaluar la atención se asocia significativamente con el aspecto negativo del trabajo en emergencias. La falta de comunicación también puede generar problemas para brindar una atención humanización y para la seguridad del paciente. Entre los principales facilitadores para implementar prácticas colaborativas en emergencias se encuentran: las buenas relaciones en los equipos, la capacitación y, fundamentalmente, la comunicación, y son esenciales para mejorar la atención al paciente con politraumatismo^{22,23}.

En este estudio se identificaron situaciones en las que la regulación y la comunicación no se realizaban adecuadamente. Estas fallas producen retrasos en la atención, derivaciones inadecuadas y falta de coordinación entre los servicios de emergencia, lo que compromete la calidad y eficacia de la atención que se le brinda al paciente.

La discusión del caso después de estabilizar a la víctima en las unidades de emergencia juega un papel crucial en la prestación de atención de salud de calidad. Esta práctica, conocida como discusión clínica, implica un análisis retrospectivo de la atención brindada, con el objetivo de repasar y aprender de la experiencia. Al promover el intercambio de experiencias, se pueden identificar fortalezas y debilidades, mejorar la toma de decisiones, fortalecer el trabajo en equipo e identificar vacíos de conocimiento, que contribuyen al aprendizaje continuo, la mejora profesional y la excelencia en la atención²⁵.

Las reuniones multidisciplinarias basadas en el intercambio de conocimientos entre miembros del equipo multidisciplinario tienen como objetivo mejorar la toma de decisiones, organizar la atención y comprender cómo se toman las decisiones²⁶. Un estudio demostró que la comunicación en el equipo multidisciplinario puede no ser lineal, dado que hay pérdida de información entre los diferentes equipos, y se identificó que un *briefing* de seguridad multidisciplinario, una especie de resumen de la atención, realizado como una especie de reunión corta entre los miembros del equipo con un formato predeterminado, donde todos los miembros puedan colaborar y discutir desafíos, contribuye a la seguridad del paciente durante situaciones de emergencia, colabora para que haya una comunicación efectiva entre los miembros del equipo y mejora directamente la seguridad del paciente²⁷.

La ayuda mutua de los profesionales, en este estudio, aparece como un factor protector para el paciente, ya que la interacción de los equipos contribuye a la agilidad de la atención y la sincronía de cada etapa de la misma. Este comportamiento suele estar relacionado con el apoyo y el liderazgo del equipo, en el que se considera líder a quien delega las tareas, apoya a los profesionales y coordina la atención²⁸. En ello radica la importancia de implementar protocolos para brindar una atención segura al paciente en emergencias, orientados a la seguridad y calidad de la atención, además de actividades de gestión y educación continua de los equipos²⁹.

La organización del trabajo constituye una dimensión determinante del trabajo humano y está orientada a la satisfacción de las necesidades colectivas e individuales, que combina diversos factores materiales e inmateriales, y requiere que los profesionales tengan condiciones laborales e institucionales específicas para llevar a cabo su trabajo (todo tipo de recursos, fuerza de trabajo, tiempo, estructura y herramientas)³⁰.

En los testimonios analizados, se comprobó que se trataba de una experiencia compleja y permeada de desafíos, fundamentalmente en lo que respecta a la división técnica del trabajo en emergencias, que presenta una organización del trabajo poco articulada entre los profesionales, que dista de los requisitos establecidos para mejorar la calidad.

Limitaciones del estudio

Se considera una limitación del estudio que el mismo se haya llevado a cabo en una sola unidad de emergencias, dado que no refleja la realidad de la atención del politraumatismo en todas las emergencias del país. Por el contrario, los estudios realizados en emergencias más estructuradas pueden contribuir para realizar cambios significativos en las unidades que los requieran.

CONSIDERACIONES FINALES

Los datos obtenidos sobre la organización del trabajo de los profesionales de emergencia en la atención a víctimas de politraumatismo coinciden con los hallazgos de investigaciones anteriores, que revelan las dificultades observadas en la organización del trabajo que incluyen la estructura física, el déficit de recursos humanos, los problemas de comunicación, la falta de educación continua, entre otros, que dificultan la organización del trabajo en general. Además, se observa que la organización está marcada por la división técnica o parcial del trabajo al limitar la participación de los profesionales médicos y de enfermería a un trabajo sistemático, individual y poco reflexivo.

Sin embargo, a pesar de las adversidades del ambiente laboral y la complejidad del paciente en estas condiciones, los profesionales tienen iniciativas individuales, como el intento de llenar los vacíos de conocimiento, los equipos están atentos y dispuestos a brindar la mejor atención posible y siempre están organizados en torno al paciente.

La realidad estudiada tiene las mismas características de otros hallazgos anteriores, que se pueden encontrar en otras realidades. Se destaca lo importante que es organizar el trabajo en emergencias, fundamentalmente en lo que respecta a las condiciones laborales de los profesionales médicos y de enfermería, que es el tema central de este estudio. Por lo tanto, la estructura física debe ser adecuada en los servicios de referencia, la capacitación de los profesionales debe ser continua para mejorar la agilidad y eficacia de las acciones, dado que son elementos cruciales para mejorar la calidad de la atención.

REFERENCIAS

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/fitsbiosauade/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.asc.es.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://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/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/defthtm.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. Teoría 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.

Contribuciones de los autores:

Concepción, E.C.Z. y E.C.N.F.; metodología, E.C.Z. y E.C.N.F.; validación, E.C.Z. y E.C.N.F.; análisis formal, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L., M.S. y J.E.W.B.; investigación, E.C.Z. y M.S.; obtención de recursos, E.C.Z. y M.S.; curaduría de datos, E.C.Z., E.C.N.F. y M.S.; redacción original preparación de borradores, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L. y M.S.; revisión y edición, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L., M.S. y J.E.W.B.; visualización, E.C.Z., E.C.N.F., D.D.L., M.S. y J.E.W.B.; supervisión, E.C.N.F.; administración del proyecto, E.C.N.F.; adquisición de financiamiento, E.C.N.F. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.