

Walnice Jung

**SIGNIFICADO DO CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE
ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUÍDO POR
ENFERMEIROS NA URGÊNCIA HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento

Co-orientador: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Jung, Walnice

Significado do cuidado integral à vítima de acidente de transporte terrestre atribuído por enfermeiros na urgência hospitalar / Walnice Jung ; orientadora, Eliane Regina Pereira do Nascimento ; coorientador, José Luís Guedes dos Santos - Florianópolis, SC, 2016.

143 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências.

1. Acidentes de trânsito. 2. Assistência integral à saúde. 3. Serviços médicos de emergência. 4. Integralidade em saúde. 5. Enfermagem em emergência. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira do. II. Santos, José Luís Guedes dos. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Walnice Jung

**SIGNIFICADO DO CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE
ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUÍDO POR
ENFERMEIROS NA URGÊNCIA HOSPITALAR**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Enfermagem”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2016.

Prof.^a Vânia Marli Schubert Backes, Dr.^a
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Prof.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr.^a
Presidente

Prof.^a Ivonete Terezinha Schülter Buss Heidmann, Dr.^a
Membro

Prof.^a Margarete Maria de Lima, Dr.^a
Membro

Dr.^a Keyla Cristine do Nascimento
Membro

Dedico esta dissertação às pessoas que tiveram suas vidas ceifadas pelos acidentes de trânsito.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me acompanhou e conduziu nesse processo, renovando as minhas forças a cada dia para superar os obstáculos e desafios da trajetória.

Aos **meus queridos pais e irmãos**, por todo amor, atenção, incentivo e apoio incondicional que me dedicaram no decorrer da vida para o alcance dos meus sonhos.

Ao **meu marido**, pela compreensão e apoio em nossa jornada.

À minha orientadora, **Profª. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento**, obrigada por ter sido sua orientanda. Agradeço os ensinamentos, dedicação, oportunidade, paciência, estímulo, confiança e apoio nessa trajetória. Suas orientações foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo. Aprendi e cresci muito ao seu lado. Agradeço por sempre vislumbrar o maior e o melhor para cada um dos seus orientandos. Obrigada por acreditar em mim e na possibilidade de construção deste trabalho. Minha eterna gratidão e respeito.

Ao meu co-orientador, **Prof. Dr. José Luís Guedes**, pelos ricos momentos de orientação, de ensinamentos e pelo incentivo. Muito obrigada pela oportunidade de ter sido sua orientanda, pois aprendi muito sobre pesquisa ao seu lado. Agradeço também por me inspirar pelo seu exemplo de profissional e ser humano. Minha gratidão sempre pela sua dedicação.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por me acolherem como mestranda e permitirem o meu crescimento pessoal e profissional.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Pesquisa (CAPES)**, pelo financiamento dos meus estudos, por meio da concessão da bolsa de mestrado e pelo incentivo à educação e pesquisa científica no Brasil.

Aos **professores do PEN/UFSC**, pelo conhecimento e experiência compartilhados no decorrer do mestrado.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, agradeço pelo aceite do convite e por disponibilizarem parte do seu tempo para contribuir com este estudo.

Aos **integrantes do Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (Geass)**, pelos momentos de aprendizagem, debate, reflexão, troca e descontração, como também pelas parcerias na realização de pesquisas e elaboração de artigos científicos.

Aos **integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES)**, pela troca de experiência e conhecimentos sobre a Teoria Fundamentada nos Dados.

À **todas(os) as(os) professoras(es) da turma de Mestrado Acadêmico 2014**, pelo conhecimento compartilhado e pelo aprendizado que oportunizou crescimento acadêmico e profissional.

À **turma do Mestrado Acadêmico 2014**, pelos momentos compartilhados ao longo desse curso.

Aos **funcionários do PEN/UFSC**, pelo apoio e suporte às necessidades e demandas dos alunos.

Um agradecimento especial, aos **enfermeiros e profissionais de saúde participantes** que contribuíram gentilmente para a realização desta pesquisa, disponibilizando seu tempo para ser entrevistado.

E a todos aqueles que de algum modo, contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desta pesquisa, meu **muito obrigada!**

Aqui não há ninguém a falar de organização, disse a mulher do médico ao marido, Talvez a organização seja noutra praça, respondeu ele. Continuaram a andar. Um pouco adiante a mulher do médico disse, Há mais mortos no caminho do que de costume, É a nossa resistência que está a chegar ao fim, o tempo acaba-se, a água esgota-se, as doenças crescem, a comida torna-se veneno, tu o disseste antes, lembrou o médico. Quem sabe se entre esses mortos não estarão os meus pais, disse a rapariga dos óculos escuros, e eu aqui passando ao lado deles, e não os vejo, É um velho costume da humanidade, esse passar ao lado dos mortos e não os ver, disse a mulher do médico.

(José Saramago - Ensaio sobre a Cegueira)

RESUMO

A integralidade é uma das diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde, que orienta políticas e ações de saúde a fim de atender às demandas e necessidades de ações de saúde, centrada na promoção da vida saudável, prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde da população. A realização de um cuidado integral aos pacientes vitimados por acidente de transporte não se restringe apenas ao uso de recursos terapêuticos, mas envolve também condicionantes técnicos e sociais. Este fenômeno apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Neste sentido, este estudo objetivou compreender o significado do cuidado integral à vítima de acidente de transporte terrestre, sob a ótica dos enfermeiros da unidade de emergência de um hospital geral de Florianópolis, SC. Trata-se de uma pesquisa qualitativa apoiada nos pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados e com referencial teórico sustentado pelo princípio da integralidade. A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2015 por meio de entrevistas com 36 participantes divididos em dois grupos amostrais (19 enfermeiros e 17 profissionais da equipe de saúde). A análise dos dados seguiu o processo analítico da TFD, mediante codificação aberta, axial e seletiva. O modelo teórico foi delimitado a partir do fenômeno: Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidentes de transporte terrestre em unidade de emergência, por cinco categorias e 13 subcategorias. As categorias obtidas foram: Organizando o processo de cuidado para o atendimento às vítimas de ATT, Buscando superar coletivamente as dificuldades do trabalho em emergência, Proporcionando o cuidado integral, Constituindo-se como um serviço de referência para o atendimento às vítimas de ATT e Percebendo o empenho da equipe de saúde para prestar um cuidado integral. O modelo teórico demonstra que o cuidado integral prestado aos pacientes que sofreram acidentes de transporte terrestre nesta unidade de emergência concretiza-se no estabelecimento de portas de entrada, é centrado na perspectiva do cuidado médico individual, priorizando o cuidado nas intervenções curativas, nas condições de risco de vida ou de ferimentos graves. Assim adota-se uma visão racionalizadora que se limita à garantia da assistência médica e desta forma deixa de cumprir os preceitos dos direitos universais à saúde em especial aos da integralidade.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito. Assistência integral à saúde. Serviços médicos de emergência. Integralidade em saúde. Enfermagem em emergência.

ABSTRACT

The integrality is one of the fundamental guidelines of the Unique Health System; that guides politics and actions of health in order to attend the demands and necessities of health actions, centered in promoting the healthy life, prevention of illnesses, recovering and rehabilitation of the population's health. The performing of an integral care to the ground transportation accident victims does not restrict itself only to the usage of therapeutic resources, but it also involves social and technical conditions. This phenomenon presents deep roots in the social, economic and politic structures, as well as in the individual consciousness, in a dynamic relation among the involved people. Thus, this study had as a purpose to understand the meaning of the integral care to the ground transportation accident victims, under the optical of the emergency unity nurses of a general hospital of Florianopolis, SC. It's a qualitative research supported on the presupposed of the Grounded Theory and with theoretical references supported by the integrality principle. The data collection occurred from June to September 2015 through interviews with 36 health professionals divided in two sampling groups (19 nurses and 17 professionals of the health team). The data analysis followed the analytic process of the TFD, through selective, axial and open codification. The theoretical model was delimited by the phenomenon: Promoting the integrality in the attendance to the ground transportation accident victims in emergency unity, by 5 categories and 13 subcategories. The categories obtained were: Organizing the process of care to the ground transportation accident victims, seeking to overcome collectively the difficulties of the emergency job, Providing the integral care, constituting itself as a reference job to the attendance to the ground transportation accident victims and Noticing the effort of the health team to provide an integral care. The theoretical model shows that the integral care provided to the ground transportation accident victims in this emergency unity is concreted on setting entrance doors, it's centered in the perspective of the individual medical care, prioritizing the care in the curative interventions, in life risk conditions or serious injuries. Thus a rationalizing view that limits itself to the medical assistance guarantee and this way it fails to comply the precepts of the universal rights to the health mainly to the integrality.

Keywords: Traffic accidents. Comprehensive health care. Emergency medical services. Integrality in health. Emergency nursing.

RESUMEN

La integralidad es una de las directrices fundamentales del Sistema Único de Salud, que orienta políticas y acciones de salud a fin de atender a las demandas y necesidades de acciones de salud, centrada en la promoción de la vida saludable, prevención de enfermedades, en la recuperación y rehabilitación de la salud de la población. La realización de un cuidado integral a los pacientes victimados por accidente de transporte no se restringe apenas al uso de recursos terapéuticos, pero implica también condicionantes técnicos y sociales. Este fenómeno presenta profundos enraizamientos en las estructuras sociales, económicas y políticas, bien como en las conciencias individuales, en una relación dinámica entre los involucrados. En este sentido, este estudio objetivó comprender el significado del cuidado integral a la víctima de accidente de transporte terrestre, desde la perspectiva de los enfermeros de la unidad de emergencia de un hospital general de Florianópolis, SC. Se trata de una pesquisa cualitativa apoyada en los presupuestos de la Teoría Fundamentada en los Datos y con referencial teórico sostenido por el principio de la integralidad. La colecta de datos ocurrió de Junio a Septiembre de 2015 por medio de entrevistas con 36 participantes divididos en dos grupos de muestra (19 enfermeros y 17 profesionales del equipo de salud). La analice de los datos siguió el proceso analítico de la TFD, mediante codificación abierta, axial y selectiva. El modelo teórico fue delimitado a partir del fenómeno: Promoviendo la integralidad en el atendimento a las víctimas de accidente de transporte terrestre en unidad de emergencia, por cinco categorías y 13 sub-categorías. Las categorías obtenidas fueron: Organizando el proceso de cuidado para el atendimento a las víctimas de ATT, Buscando superar colectivamente las dificultades del trabajo en emergencia, Proporcionando el cuidado integral, se Constituyendo como un servicio de referencia para el atendimento a las víctimas de ATT y Percibiendo el esfuerzo del equipo de salud para prestar un cuidado integral. El modelo teórico demuestra que el cuidado integral prestado a los pacientes que sufrieron accidentes de transporte terrestre en esta unidad de emergencia se concretiza en el establecimiento de puertas de entrada, es centrado en la perspectiva del cuidado medico individual, priorizando el cuidado en las intervenciones curativas, en las condiciones de riesgo de vida o de herimientos graves. Así se adopta una visión racionalizadora que se limita a la garantía de asistencia medica y de esta forma deja de cumplir los preceptos de los derechos universales a la salud en especial a los de la integralidad.

Palabras-clave: Accidentes de tránsito. Atención integral de salud. Servicios médicos de Urgencia. Integralidad en salud. Enfermería de Urgencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos estudos sobre “ <i>Nursing Care</i> ” AND “ <i>Traffic Accident</i> ” no contexto mundial	29
Figura 1 do manuscrito 1 - Modelo teórico representativo da teoria substantiva “Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidentes de transporte terrestre em unidade de emergência	69
Figura 1 do manuscrito 2 - Fluxograma analisador do atendimento aos acidentados pelo trânsito em serviço de emergência. Florianópolis-SC, 2016	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ações recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para a prevenção de lesões no trânsito	41
Quadro 2 - Exemplificando a Codificação Aberta	53
Quadro 3 - Agrupamento dos códigos preliminares e elaboração dos conceitos.....	55
Quadro 4 - Apresentação das categorias do modelo paradigmático e suas respectivas subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016.	56
Quadro 1 do manuscrito 1 – Apresentação das categorias e suas respectivas subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016.	68

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCR – Acolhimento com classificação de risco
APH - Atendimento pré-hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
AT - Acidente de trânsito
ATT - Acidente de transporte terrestre
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CRMU - Central de Regulação Médica em Urgência
GA - Grupo amostral
GEASS - Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde
HGCR - Hospital Governador Celso Ramos
IML – Instituto Médico Legal
MS – Ministério da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
P – Participante
PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências
PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PRMMAT - Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RUE – Rede de Urgências e Emergências
RT - Referencial Teórico
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SC – Santa Catarina
SIH-SUS - Sistema de Informações hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD - Teoria Fundamentada nos Dados
UE – Urgências e Emergências
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1	INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	33
2.2	O CUIDADO INTEGRAL NAS PRÁTICAS DE SAÚDE E EM ENFERMAGEM.....	38
2.3	O CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE.....	41
3	METODOLOGIA	47
3.1	TIPO DE ESTUDO	47
3.2	LOCAL DO ESTUDO	49
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS	49
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	52
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	58
4	RESULTADOS	61
4.1	MANUSCRITO 1 - SIGNIFICADO DO CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUÍDO POR ENFERMEIROS NA URGÊNCIA HOSPITALAR	61
4.2	MANUSCRITO 2 - CONTEXTO DO CUIDADO À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR	87
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	113
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS	135
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE	139
	ANEXO C – GUIA DE VALIDAÇÃO DA TEORIA	141

1 INTRODUÇÃO

Enquanto os homens exercem seus podres poderes, motos e fuscas avançam os sinais vermelhos e perdem os verdes somos uns boçais...

(Caetano Veloso – Podres poderes)

Este estudo¹ tem como foco o cuidado integral a vítimas de acidentes de transporte terrestre (ATT). O cuidado integral em saúde é uma abordagem que visa o atendimento ao indivíduo como um todo (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014), atendendo as suas necessidades mais abrangentes e não apenas aos aspectos físicos e clínicos (ASSIS et al., 2015).

Esse modelo de atenção envolve a organização dos processos de trabalho, a articulação dos serviços da rede em saúde (SILVA; CARMO, 2016), incorpora ações voltadas à prevenção e à assistência (UCHOA; COSTA; DANTAS, 2015), as profissões e especialidades que compartilham sobre as condições do paciente, prioriza a comunicação ampla dos trabalhadores de saúde entre si (GOYANNA et al., 2014) e incluem o usuário/família com suas singularidades na construção do plano terapêutico (SILVA; CARMO, 2016).

O significado atribuído ao cuidado integral adotado neste estudo é o da dimensão das práticas assistenciais dos profissionais de saúde, as quais devem englobar no projeto terapêutico não apenas o cuidado dos aspectos biológicos, mas também o emocional e o social (SANTOS; FIGUEIREDO; HORA, 2014).

A palavra cuidado tem origem no termo em latim *cogitare* e está relacionada ao sentido de ocupação, preocupação, pensar em, ou seja aplicar a atenção ou pensamento em determinada coisa, caracterizando ação. Este sentido permite definir o cuidado como o lugar no qual a integralidade se afirma como tal. Os termos em latim *integritas*, *integrum*, *integrare*, atribuem significados ao termo Integralidade, e supõem a totalidade, a completude e a inteireza, a renovação e a volta a um estado não tocado (XAVIER; GUIMARÃES, 2013).

¹ Este projeto vincula-se a um macroprojeto do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulado “Ações de promoção da saúde na segurança de trânsito de municípios de Santa Catarina”.

O cuidado é a essência do trabalho da Enfermagem e tem como função precípua a assistência de saúde ao ser humano, centrada na promoção da vida saudável, prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde (ASSIS et al., 2015; BAZEMORE et al., 2015; KONDER; O'DWYER, 2015).

O cuidado consolida ações com um corpo de conhecimentos próprios e uma linguagem específica da Enfermagem que permite aos seus exercentes compreender seu fazer e, assim, prestar cuidados significativos capazes de atender às necessidades bio-psico-sócio-espirituais dos seres humanos por eles assistidos (O'DWYER; MATTOS, 2013; ASSIS et al., 2015).

Prestar o cuidado integral aos pacientes vitimados por AT não se restringe apenas ao uso de recursos terapêuticos, mas envolve também condicionantes técnicos e sociais. Nesse sentido, este fenômeno apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos (BRASIL, 2010a).

O termo “acidentes” é pouco empregado nas publicações internacionais as quais utilizam os termos *crash* e *injury* para que não ocorra a interpretação errônea de que se trata de um evento imprevisível, inevitável e sem prevenção (GORIOS et al., 2014). No Brasil emprega-se a definição de acidente de transporte (AT) como evento não intencional, evitável, causador de traumas físicos e emocionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993). Este conceito é importante, pois exprime que este evento é previsível (SOUZA et al., 2007).

Os ATT são englobados em um agrupamento de causas de mortes não naturais denominadas causas externas, em que se incluem todos os tipos de acidentes (de transporte, quedas, afogamentos e outros), as lesões intencionais (homicídios, suicídios e intervenções legais) e as lesões provocadas em circunstâncias de intencionalidade ignorada (ou causa externa de tipo ignorado), sendo, classificada no Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10)(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Segundo a CID-10 também consta incluso nos acidentes de transporte o termo “acidente de trânsito” que é todo acontecimento casual e não intencional que acontece em via pública, causador de vítimas com lesões físicas e/ou emocionais, por choque e/ou colisões (OMS, 1993, p.94). Para a área da saúde, o acidente de transporte é todo acidente que envolve um veículo destinado ou usado no momento deste evento, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias

de um lugar para o outro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Faz-se necessário explorar o tema dos ATT no âmbito da saúde visto que é alvo de grande preocupação no Brasil e um desafio global, uma vez que estes eventos incrementam a violência e contribuem para o aumento da morbimortalidade em especial nas aglomerações urbanas onde se encontram a maior parte das ocorrências de casos de acidentes e óbitos, divulgados frequentemente na mídia (RODRIGUES; CUNHA; COSTA, 2014; JOAHL; SCHEMITSCH; BHANDARI, 2014).

Discorrer sobre o ATT suscita uma reflexão mais ampla acerca do tema que se traduz como problema de saúde pública, em função da magnitude e sequelas orgânicas, que influenciam tanto a saúde individual quanto a coletiva, pois ocasiona danos, lesões, traumas e mortes, e repercute nos altos custos sociais, emocionais e na segurança pública. Sua ocorrência está associada às desigualdades e exclusão sociais, e enfatiza a necessidade de readequação do setor saúde no sentido de atender a demanda gerada por suas vítimas como também ações intersetoriais que contemplem a prevenção dos acidentes de trânsito em todos os seus aspectos (JOAHL; SCHEMITSCH; BHANDARI, 2014; ASSIS et al., 2015).

Em adição a esta casuística, destaca-se ainda a ineficácia e precariedade do transporte coletivo, o sistema viário fragmentado e que não atende às necessidades do tráfego atual, o aumento dos custos de combustível e o mercado de moto-serviços (ALMEIDA et al. 2013, JOAHL; SCHEMITSCH; BHANDARI, 2014).

Os ATT são descritos mundialmente como a oitava causa de morte, podendo chegar à quinta causa em 2030, superando doenças infecciosas e crônicas (MORAIS NETO et al., 2012; ZHANG; YAU; CHEN, 2013). No Brasil, as causas externas ocupam a terceira causa de mortalidade, sendo que os AT representam 26,5% dos óbitos (BRASIL, 2013; RODRIGUES; CUNHA; COSTA, 2014). As pessoas envolvidas nestes acidentes, em sua maioria, são jovens adultos, do sexo masculino, com idades entre 15 e 44 anos. Estes dados apontam que os membros mais produtivos da sociedade são os mais afetados e que o impacto econômico posterior não pode ser ignorado (HERMAN; SCHEMITSCH; BHANDARI, 2014).

Dentre as unidades federativas brasileiras, Santa Catarina é o segundo estado onde mais ocorrem mortes por acidentes de transporte. Em 2012, só nas rodovias estaduais, foram 355 mortes no ato do acidente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO, 2013). De acordo com o Departamento

de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de dez anos (2003-2012), foram registrados em Santa Catarina 18.836 óbitos por ATT (BRASIL, 2013).

Os acidentados de trânsito permeiam vários fluxos de atendimento nos serviços de saúde (MINAYO; DESLANDES, 2009) que constituem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

O cuidado em RAS tem atuação territorial, com definição e organização baseadas nas necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicos. A RAS deve se articular entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências (RAU) com garantia da equidade e integralidade do cuidado e qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização (CONASS, 2015).

A RAS em relação aos serviços de urgência tem como missão integrar estes serviços especializados às ações de vigilância em saúde, a promoção da melhoria da gestão clínica, potencializar as ações de promoção da saúde, otimizar recursos, constituindo assim redes de atenção à saúde mais resolutivas, de qualidade e promotora de vida. A articulação da RAS atende a uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, que é a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes) (BRASIL, 2011).

Estudos sobre o cuidado de enfermagem às vítimas de AT têm sido desenvolvidos em vários países. Por exemplo, um estudo de revisão sistemática realizado na Itália, pontuou ser fundamental a incorporação de sistemas nacionais de coleta de informação, de elaboração e implementação de medidas preventivas e a avaliação da efetividade destas (PORCHIA et al., 2014). Outro exemplo é uma pesquisa realizada nos Estados Unidos avaliando a forma de condução de veículos por adolescentes associada à gravidade dos traumas dos acidentes de trânsito (ROMER et al., 2014). No Reino Unido, foi realizado um estudo que investigou a ocorrência de acidentes de trânsito com condutores em estado de hipoglicemia (GRIFFITH; TENGNAH, 2011).

No Brasil, a temática sobre os ATT no setor da saúde ainda é pouco explorada, especialmente em relação à enfermagem. Com base em uma revisão preliminar da literatura, a partir de uma busca no banco de dados *Gopubmed®*, com as palavras *Nursing Care AND Traffic*

Accident, foram encontrados 616 estudos² concentrados principalmente nos Estados Unidos (192), no Reino Unido (24) e na Austrália (19), conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos estudos sobre “*Nursing Care*” AND “*Traffic Accident*” no contexto mundial, *Gopubmed*®, 2016.



Dos estudos realizados, dez (10) são originários do Brasil, com maior concentração em São Paulo (03), cujos enfoques estão mais centrados nos aspectos biológicos e tecnológicos dos acidentes ou nas questões da segurança de trânsito. Tais estudos se restringem quase sempre ao diagnóstico ou caracterização dos AT, a exemplo: *Organ and tissue donation for transplantation from fatal trauma victims*. (FREITAS et al., 2015); Trauma em idoso por acidente de trânsito: uma revisão integrativa (SANTOS et al., 2015); Doação de órgãos e tecidos para transplante de vítimas de trauma fatais (DALBEM; CAREGNATO, 2010).

Um estudo que reforça esta assertiva constatou que de vinte e seis (26) artigos que versaram sobre os AT, com relação ao tipo de estudo, a maioria, 23 (88,5%), era quantitativo, 02 (7,7%) qualitativo e 01 (3,8%) bibliográfico com destaque às temáticas: caracterização das vítimas e, prevenção e subnotificação dos acidentes de trânsito (PAIVA, 2013).

Segundo as diretrizes contempladas na Portaria n.º 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, instrumento orientador da atuação do setor saúde no contexto da Política Nacional de Redução de

² Data da última atualização: 09 de abril de 2016. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>.

Morbimortalidade por Acidente e Violência (PNRMAV), o atendimento de saúde às vítimas de AT deve envolver a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, monitorização de ocorrência de acidentes, sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2010a).

A assistência aos vitimados pelo trânsito deve ser estabelecida mediante processos de articulação com diferentes segmentos e setores sociais, como hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde, corpo de bombeiros, entre outros (BRASIL, 2010a).

Conseqüentemente, discutir sobre as dificuldades e insuficiências presentes na assistência às vítimas de AT poderá evidenciar que o cuidado aos pacientes oriundos destes eventos necessita de abordagem intersetorial, multidisciplinar, com intervenção em aspectos sociais muito além da educação, fiscalização e engenharia de tráfego (VASCONCELOS, 2013).

O enfermeiro, por gerenciar o cuidado e, de maneira geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços, é um profissional-chave na discussão da assistência ao paciente vítima de ATT (ROCHA, 2013; COSTA; MELLO; OLIVEIRA, 2013).

Investigar a interface dos ATT com o cuidado de enfermagem proporciona uma proximidade e articulação da área da saúde na tentativa de redução destes eventos, uma vez que a assistência às vítimas deste tipo de trauma é um dos principais recursos no enfrentamento a esta “epidemia” e deve começar antes mesmo da chegada ao hospital (DELLA ROCCA et al., 2014).

O interesse por realizar uma investigação nesta temática, além das considerações supra citadas, surgiu em virtude das inquietações e observações enquanto profissional da área de saúde e docente em unidade de emergência. Mais precisamente partiu da crença, enquanto enfermeira e condutora de veículo, de que para oferecer o cuidado à vítima de ATT de forma ampliada é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência em todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar.

Durante esta percurso profissional foi possível observar lacunas referentes ao atendimento ao paciente acidentado no trânsito, desde a sua chegada ao setor de emergência até o momento da alta hospitalar ou dos encaminhamentos necessários a outros serviços de saúde. Tais

aspectos possibilitam perceber a descontinuidade da assistência, o foco centrado no processo de adoecimento e em processos pontuais e fragmentados, que por vezes dificultam a resolutividade em saúde.

A prática assistencial e a experiência enquanto docente em hospitais de referência no atendimento ao trauma permitiu maior aproximação com a assistência aos pacientes vitimados nos ATT. Esta vivência trouxe naturalmente certa inquietação sobre os aspectos, a organização e o contexto do atendimento integral a este grupo, sobretudo quanto ao sentido da prática realizada pelo enfermeiro e por perceber como este paciente apresenta necessidades e demandas específicas de cuidado.

Considerando o exposto, desenvolveu-se este estudo com a intenção de responder ao seguinte questionamento: **Qual é o significado atribuído por enfermeiros ao cuidado integral prestado às vítimas de acidentes de transporte terrestre em um serviço de emergência?**

Para responder ao questionamento, traçou-se como objetivo: **compreender o significado atribuído por enfermeiros ao cuidado integral às vítimas de acidentes de transporte terrestre em um serviço de emergência.**

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Coletivos, automóveis, motos e metrô, trabalhadores, patrões, policiais, camelôs, a cidade não para, a cidade só cresce, o de cima sobe e o de baixo desce.

(Chico Science – A Cidade)

Para dar suporte teórico à problemática investigada, a sustentação teórica foi estruturada da seguinte maneira. Inicialmente, será abordado sobre a integralidade em saúde, sua origem, definição e como é concebida enquanto diretriz do SUS. O segundo tópico é sobre o cuidado integral nas práticas de saúde e em enfermagem, onde se aprofunda o conceito e suas implicações. Um terceiro tópico aborda o cuidado integral às vítimas de ATT, a forma como se organizam as ações no atendimento às vítimas de ATT.

Elegeu-se como sustentação teórica para guiar este estudo, a integralidade da atenção em saúde, dentre os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Optou-se pela integralidade por congregar três conjuntos de significados: a transformação do cuidado em saúde enquanto crítica à atitude biomédica fragmentária; a organização dos serviços visando à superação da dicotomia entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; a construção de políticas de saúde especiais voltadas a oferecer resolubilidade a um problema de saúde específico ou que afetem a determinados grupos da população (MATTOS, 2005).

2.1 INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nesta sessão, abordaremos o princípio da integralidade segundo o conceito ampliado de saúde³, pois conforme apontado por diversos

³ O conceito ampliado de saúde é fruto de reflexões teóricas, das práticas e movimentos sociais que resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi consagrado no texto constitucional de 1988. Entendido “como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por

autores, a integralidade relaciona-se transversalmente com a noção de cuidado e compõe suas diversas dimensões no campo da saúde. Para tal, partimos da menção aos movimentos políticos-históricos que influenciaram significativamente a sua origem e as mudanças de paradigmas do modelo assistencial em saúde, pois de acordo com Kering (2001) a integralidade está incorporada no movimento histórico das concepções do processo saúde-doença e na concepção integral em saúde.

Nesta perspectiva, conforme destaca Arouca (2003), o século XX foi marcado por movimentos internacionais de Reforma Sanitária, que envolveram profissionais de saúde, autoridades, intelectuais e a população; os quais contestavam a prática médica curativa e o reducionismo da atuação médica, que reduzia os pacientes ao sistema biológico supostamente produtor de adoecimento. Esses momentos influenciaram decisivamente a configuração da política de saúde e deste contexto emergiu a Medicina Preventiva como um embrião das transformações no modelo de saúde curativo mundial (MATTOS, 2005a).

De acordo com Arouca (2003) a Medicina Preventiva é contrária à prática e formação médica centradas na intervenção terapêutica, com ideologia curativa e baixa atenção aos aspectos da prevenção; cada vez mais inserida num sistema de especialidades cuja lógica é tudo dividir para melhor compreender (CAPRA, 2009); características prejudiciais ao humanismo médico; com o enfoque predominantemente biológico; gerando o esquecimento dos reais problemas de saúde da população.

Tal fato resultou na ocorrência de diversas conferências internacionais sobre saúde, envolvendo educação, justiça social, entre outros temas inerentes às reformas na área da saúde entendidas como fundamentais para a ampliação do conceito saúde-doença (AROUCA, 2003).

No Brasil, a história da saúde sofreu influência da ditadura militar na década de 70, quando os movimentos de resistência fortaleceram-se e se expandiram nas conferências nacionais de saúde (CAMPOS et al., 2006). Este cenário da conquista da democracia favoreceu a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual se originou o SUS (PAIM, 2007). Implantado a partir da Lei 8.080, de 1990, esse sistema representou um marco na história da saúde no Brasil, especialmente por

representar a ampliação do conceito de saúde como “[...] direito de todos e dever do Estado” (CAMPOS et al., 2006; p.24).

Desta forma, o SUS enquanto um sistema de saúde foi construído pela participação popular, a partir da luta por melhores condições de assistência à população e seu ideário envolve a ampliação da concepção de saúde e crítica ao modelo médico-curativo hegemônico (PAIM, 2007).

Fontoura e Mayer (2006) atestam que o SUS nasceu como possível estratégia para resolver a dicotomia que permeava a assistência preventiva e curativa, através do cuidado integral à saúde. Assim, passa a ser regido pelos seguintes princípios: equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 1988). A universalidade assegura o direito à saúde de todos os cidadãos e o acesso sem discriminação aos serviços de saúde ofertados. A integralidade abarca as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam a população e pressupõe a prestação continuada das ações, visando garantir promoção, proteção e reabilitação. A equidade relaciona-se à oferta serviços aos grupos populacionais vulneráveis e com riscos de adoecer e morrer (CAMPOS et al., 2013).

Conforme definido na Lei nº 8.080/90, a integralidade é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 1990). É uma diretriz que orienta as práticas de saúde no sentido de oferecer a assistência que o indivíduo necessita, incluindo ações de prevenção e promoção da saúde; não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida mediante ações de prevenção ou de diagnóstico precoce (BUSS, 2000; MATTOS, 2004).

A integralidade é entendida em várias dimensões. De acordo com Mattos (2001), o conceito desse princípio está em constante construção, repleto de valores que visando a uma sociedade mais igualitária. Para Christófaros (2008), a palavra integralidade provém do verbo integrar (do Latim, interagir). Segundo este mesmo autor, a “Integralidade vem de inteiro que significa aquilo que não foi tocado, que não foi quebrado”.

Já Teixeira (2003), ressalta que os sentidos empregados à integralidade na área da saúde referem à qualidade de integral como equivalente a estar todo, inteiro, completo. O sentido de inteiro e integralidade é aquele que refere “à ação através da qual as partes se formam de um todo e que de alguma forma desaparecem nesse conjunto” (CHRISTÓFARO, 2008, p. 3). Para Merhy (2005, p. 1), a integralidade deve ser interpretada como “[...] um campo de práticas de

saúde, cuja alma” deve ser a produção de novos sentidos para o viver individual e coletivo”.

Mattos (2004) aborda a integralidade como um conceito polissêmico apresentado em diferentes saberes e práticas de saúde, e comenta três sentidos que se aplicam a este termo. O primeiro define a integralidade como um valor de “boa medicina”, referindo à resposta às necessidades do paciente que procura os serviços de saúde, sem reduzir ao sistema biológico deste indivíduo, mas também com atenção à prevenção de doenças. O segundo aplica-se ao modo de organizar as práticas nos serviços de saúde, superando a fragmentação das atividades por meio da articulação entre os níveis de assistência e a identificação de situações de risco à saúde. E o terceiro está relacionado às “respostas governamentais a certos problemas” ou necessidades de saúde, como uma questão de cidadania (MATTOS, 2004, p.1411-2).

De acordo com Merhy (2005, p. 1), a integralidade deve ser vista como “[...] um campo de práticas de saúde, cuja alma deve ser a produção de novos sentidos para o viver individual e coletivo”. Já para Mattos (2001), o conceito desse princípio está em constante construção, repleta de valores que precisam ser defendidos, visando a uma sociedade mais igualitária.

O termo integralidade engloba as seguintes dimensões ou valores: o ser humano e não a doença como centro da atenção; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis de saúde; o tratamento diferenciado para quem está numa situação desigual; a interferência das práticas nas condições gerais de vida da comunidade (FURTADO; TANAKA, 1998).

Nessa perspectiva, para Mattos (2001, p. 61), a integralidade constitui-se numa “[...] recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos” e em uma provável abertura ao diálogo. Assim, um dos grandes desafios das políticas embasadas na integralidade é o de conseguir ir além das práticas verticalizadas, assumindo uma atitude de caráter social, em que os diferentes atores estejam envolvidos como protagonistas do processo saúde-doença (MATTOS, 2005; SANTOS et al., 2008).

Partindo destes significados, a integralidade emerge como um dos princípios do SUS ao pressupor o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (MATTOS, 2004, p. 1412).

Portanto, o fundamental na discussão deste princípio é a necessidade de considerar não somente os conhecimentos sobre as doenças, mas também sobre o ser humano que é, ao mesmo tempo,

biopsicossocial (MATTOS, 2004). Isso implica na ampliação do olhar do profissional da saúde sobre o cuidado humanizado, para as dimensões biológica, psicológica, social e cultural; por serem consideradas indissociáveis. Por conseguinte, o sujeito deve ser atendido e cuidado como tal, sem ser dividido em partes (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Desta forma, adota-se um conceito de saúde ampliado, que não envolve somente o tratamento e recuperação da doença, mas a interrelação entre os setores social e o econômico, buscando assim compreender os mais diferentes aspectos da totalidade do ser humano.

Assim, justifica-se a noção de integralidade não conceber a ideia de um paciente com várias enfermidades migrar para serviços distintos do sistema de saúde em busca de solução aos seus problemas de saúde. Para tal, as práticas e ações dos profissionais de saúde devem contemplar amplamente as necessidades da população atendida e não serem pensadas para contemplar apenas os programas pontuais estabelecidos pelo Ministério da Saúde para determinadas comunidades (MATTOS, 2006).

É importante destacar, que a integralidade ao tentar superar a visão das práticas fragmentadas, faz interface com a Intersetorialidade. A intersetorialidade é um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil que propõe a integração das ações entre os diversos serviços de saúde por meio de articulação das equipes de saúde, mediante parcerias, pelo emprego de recursos na comunidade que possam potencializar as ações de saúde, favorecendo assim a integração de projetos sociais e áreas afins orientadas para a promoção da saúde (DIAS et al., 2014).

Desta forma a intersetorialidade propõe atingir efeitos mais significativos do ponto de vista de transformação das condições de saúde da população (DIAS et al., 2014) e enfatiza a articulação com áreas de ambiente, educação, atividade física, urbanismo e outras (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Correlacionando-se cuidado integral, enquanto propósito das práticas de saúde, e integralidade, enquanto princípio orientador, a nosso ver, esta forma de cuidar é um grande desafio para a consolidação e eficiência do SUS, uma vez que prestar a assistência integrada em todos os níveis de complexidade exige recursos financeiros e humanos, situação distante da realidade brasileira. A isto se soma a grande extensão territorial do Brasil com evidentes desigualdades socioeconômicas, as quais distanciam os ideários da reforma sanitária. Entretanto, é inegável que as mudanças ocorridas foram norteadas pelos

princípios e diretrizes do SUS, que ressignificaram o valor da assistência em saúde conferindo direção às políticas públicas de saúde.

2.2 O CUIDADO INTEGRAL NAS PRÁTICAS DE SAÚDE E EM ENFERMAGEM

Tomando como referência os diversos sentidos da integralidade na atenção à saúde, tem-se intenção, neste tópico, de refletir sobre as concepções e a prática do cuidado integral; seus fundamentos teóricos e práticos, quais atores são envolvidos, tendo em vista a sua operacionalização na produção do cuidado em saúde. Como ponto de partida propõe-se aprofundar o conceito de cuidado integral e aquilo que ele implica.

O SUS apresenta em seus princípios elementos que perpassam o conceito de cuidado integral. Alguns destes estão descritos no Programa Nacional de Humanização (HumanizaSUS), sendo que o primeiro deles é o Acolhimento, que expressa a ideia de resolutividade e de responsabilização (CASTRO; PEREIRA, 2011). O acolhimento é:

[...] um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004).

A resolutividade aqui referida é a articulação entre o profissional de saúde e os outros serviços da área com a finalidade de dar a continuidade à assistência e permitir o atendimento ao usuário e à sua saúde de forma integral (CASTRO; PEREIRA, 2011).

A assistência integral que tenha por base a Integralidade é entendida como:

[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (MACHADO et al., 2007, p.337).

O cuidado integral destaca a importância das ações que “incluam o tratar e o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento” (PINHEIRO, 2008, p.23). Desta forma, o cuidado integral em saúde é o resultado da interação do trinômio usuário/profissionais/instituições, refletido em um tratamento de qualidade, digno, baseado no saber profissional e no emprego das tecnologias necessárias (SENA et al., 2008).

Abstraindo-se das exegeses legais, Pinheiro e Mattos (2007, p.260) referem ao cuidado integral como eixo político-organizativo e o reconhecem como a potência da integralidade, e como “uma forma de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários”.

O cuidado integral deve ir além da observação do problema de saúde e da capacidade de se produzir conhecimentos, mas abarca processos relacionais, que segundo Merhy (2004) integra as tecnologias leves. Isto é, o serviço responsivo e resolutivo não demanda somente o conhecimento técnico e científico, ou recursos materiais, mas envolve o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos (GUEDES; CASTRO, 2009).

Para Campos (2003) defende-se aqui o cuidado integral enquanto clínica ampliada, de forma que transcenda os limites da ciência biomédica, ao ser capaz de gerar reflexões e intervenções que valorizem a intersubjetividade, e propicie ações integrais mais resolutivas e humanas ao incluir o contexto social do próprio sujeito, constituindo assim a sua subjetividade.

Segundo o mesmo autor, compreende-se assim que o cuidado integral procura apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, e articula práticas preventivas e assistenciais, unificando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de proporcionar o acesso aos recursos tecnológicos necessários ao tratamento.

Para que haja uma assistência verdadeiramente integral à saúde, é necessária a transdisciplinaridade, que envolve o trabalho em equipe, a integração coletiva, o compartilhamento do conhecimento científico e a horizontalização das relações de poder, numa interação entre todos os

profissionais; de forma que todos os membros da equipe possam contribuir na assistência (RANGEL; ILHA; BACKES, 2015).

No que concerne à Enfermagem, antes de a integralidade ser instituída como diretriz do SUS, o cuidado integral já compunha a base teórica para a sustentação do ser e fazer desta profissão. Isto é evidenciado nas teorias que discorrem sobre as necessidades humanas básicas focadas no cuidado integral. Dentre as teóricas que abordam essa temática, destacam-se Virginia Handerson, Dorothea Orem, Faye Abdellah, Myra Levine e Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Estas teóricas destacam a importância de se compreender o ser humano em sua integralidade, isto é, a partir das suas necessidades e singularidades (RANGEL; ILHA; BACKES, 2015).

Para tanto, o cuidado em Enfermagem foi, gradativamente, sistematizado em processos que compreendem as múltiplas relações e interações entre os seus envolvidos. Assim, pela sua identidade profissional, a Enfermagem é conhecida como a profissão que proporciona cuidados (BARBOSA, 2009), os quais estiveram historicamente focados na prática hospitalar; entretanto, com a criação do SUS, nasceu também um novo desafio: o cuidado integral (BERNARDINO; OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

Conforme Antunes e Guedes (2010), ao mencionar a integralidade, imediatamente nos reportamos ao cuidado integral, pois o indivíduo, quando busca assistência, não está somente procurando a cura para uma doença, mas um atendimento que objetive o acolher e a atenção integral, com vistas à promoção da saúde. Segundo os mesmos autores, o assistir integral na prestação do cuidado considera as singularidades do ser humano; embora a cura não seja sempre alcançada, o cuidar é sempre possível.

O enfermeiro ocupa um lugar fundamental na promoção do cuidado integral, devido sua capacidade articuladora (RANGEL; ILHA; BACKES, 2015), de elo integrador do cuidado em saúde, esse profissional apreende e promove o ser humano como um ser integral, buscando interagir com os diferentes setores (BACKES, 2008; BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2009).

Portanto, a noção de cuidado integral defendida no presente estudo é de que o ato de cuidar transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde (AYRES, 2004).

2.3 O CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE

À luz das discussões acima sobre a integralidade, passamos a refletir neste próximo tópico sobre as possibilidades de intervenções no cuidado integral no âmbito da saúde do trânsito. Os acidentes de transporte são considerados um fenômeno complexo e multifacetado, por isso, o discurso da integralidade do cuidado às vítimas destes eventos, deve ser observado na perspectiva da efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema de saúde em parceria com outros setores da sociedade (GUZZOA et al., 2014).

No que se refere aos ATT, segundo a OMS (2009) são eventos que se enquadram nas causas externas de adoecimento da população e entende-se que é um dos problemas de saúde pública mais relevantes na atualidade, por sua magnitude, abrangência, tendências de incremento, mas também por sua vulnerabilidade a medidas de intervenção em diversas áreas da sociedade.

Uma das medidas mundiais voltadas para a redução da ocorrência dos acidentes de transporte ocorreu em março de 2010, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) anunciou o período 2011 a 2020 como a Década de Ação pela Segurança no Trânsito e insistiu junto aos países para atingirem a meta de estabilizar e de reduzir as mortes causadas pelo trânsito por meio da implementação de um plano de ação voltado para cinco pilares de intervenção: fortalecimento da gestão, investimento em infraestrutura viária, segurança veicular, comportamento e segurança dos usuários do trânsito e atendimento pré-hospitalar e hospitalar ao trauma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Esta medida sugere uma mudança de percepção sobre as causas externas de adoecimento da população e em especial, a de compreender o acidente de transporte como um todo e a interação entre seus elementos, identificando onde existe potencial para a intervenção em saúde. Para tal, a OMS propôs as ações listadas no Quadro 1, com a finalidade de reduzir significativamente a incidência do trauma causado por estes acidentes.

Quadro 1 - Ações recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para a prevenção de lesões no trânsito

Segurança rodoviária como uma questão de saúde pública
Segurança rodoviária como uma questão de equidade social

A necessidade de bons registros de dados e uma abordagem científica
Desenvolver a capacidade institucional para alcançar melhor desempenho
Compartilhar responsabilidades e construir parcerias com outros setores da sociedade
Reduzir a exposição ao risco de acidentes através da gestão do uso do solo
Política de transportes e de planejamento de transportes
Incentivar a utilização de modos mais seguros de viagens
Minimizando a exposição aos cenários de tráfego de alto risco
Planejamento e projeto de estradas para a segurança
<i>Design</i> de segurança-consciente das estradas
Auditorias de segurança
Medidas corretivas em locais de alto risco de queda
Fornecer veículos inteligentes, de resistência à colisão
Manutenção de veículos
Melhorar a visibilidade de veículos e os condutores vulneráveis da estrada
Melhorar a resistência ao choque dos veículos a motor
Projetando veículos inteligentes
Definir regras de segurança rodoviária e garantir a conformidade
Risco de ferimentos causados por falta de regras e de execução
Estabelecer e fazer cumprir os limites de velocidade
Estabelecer e fazer cumprir limites de uso de bebidas alcoólicas, medicamentos e drogas
Enfrentar o problema da fadiga do condutor
Reduzir os riscos de acidentes
A exigência de cintos de segurança e retenções para as crianças
Exigir capacetes em veículos de duas rodas
Proibir motoristas de usar telefones móveis portáteis à direção
Educar e informar o público
Prestação de cuidados após os acidentes
Melhorar os cuidados antes das vítimas chegarem a um hospital
Melhorar os cuidados hospitalares
Melhorar a reabilitação das vítimas
Fazer pesquisa

Fonte: Adaptado do *World Report on Road Traffic Injury Prevention* (2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde a despeito de outros países também incluiu na sua agenda medidas e intervenções quanto a prevenção de violências e acidentes, baseadas nestas ações propostas pela OMS. Em suas ações à respeito do controle e prevenção de lesões no trânsito, o MS responsabilizou-se pela assistência e reabilitação das vítimas e também pela promoção à saúde, prevenção e vigilância de violências e acidentes. Dentre estas iniciativas, destacam-se a publicação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2006 a Política

Nacional de Promoção da Saúde, a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, implantada em 2004 (MALTA; SILVA; BARBOSA, 2012).

Esta rede atualmente conta com cerca de 800 unidades em todo o país e tem desenvolvido ações de vigilância, de prevenção, de promoção da saúde, articulando com redes de atenção e proteção às pessoas em situação de violências. Destaca-se ainda o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito implantado em 2002 e o Projeto Vida no Trânsito; que foi implantado em cinco capitais brasileiras em 2010 e expandido para todas as demais capitais em 2011 (MALTA; SILVA; BARBOSA, 2012).

De acordo com a OMS estes acidentes requerem a intervenção de diversos setores (intersetorialidade) para que se possa intervir sobre o problema (KRUG et al., 2002). Isso significa estabelecer uma mudança de paradigma da segurança viária em estreita colaboração entre os setores, incluindo a saúde pública, os transportes, finanças, direito execução e outros sectores em causa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). O setor da saúde é um parceiro importante neste processo de redução dos acidentes de transporte. Seus papéis são apresentar base para evidências, fornecer atendimento pré-hospitalar adequado e cuidados hospitalares e de reabilitação e contribuir à implementação e avaliação das intervenções (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Soma-se a isso a ideia de que integralidade neste atendimento pode ser construída desde o momento em que o usuário passa a ter a garantia do atendimento oferecido pela rede de atenção primária. No entanto, observa-se que as práticas de cuidado têm ocorrido em uma linha descontínua, na qual a vítima é atendida por vários setores desconectados, caracterizando desta forma num parcelamento dos processos de trabalho e em atividades fragmentadas (COSTA, 2004; GUZZOA et al., 2014).

As ações de saúde sugeridas pela OMS para a redução progressiva dos acidentes de transporte estão relacionadas aos aspectos da organização dos serviços de saúde no atendimento ao trauma e na formação dos profissionais desta área. A exposição ao risco de trauma oriundo de acidentes de transporte é resultante da necessidade da utilização de vias de transporte associadas aos aspectos relacionados ao tráfego destas vias, portanto as medidas de intervenção devem estar articuladas a abordagem de outros setores da sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Um instrumento valioso para a identificação destas ações e monitorização das intervenções é o conhecimento das características e causas do trauma oriundo destes acidentes. No entanto, alguns países mesmo destinando esforços sistemáticos para coletar dados de tráfego rodoviário ainda apresentam sistemas de informação pouco desenvolvidos e a subnotificação de mortes e ferimentos graves é comum (FELISBERTO, 2013).

O setor da saúde tem um papel importante a desempenhar no estabelecimento de sistemas de dados sobre lesões e da eficácia das intervenções, bem como a comunicação desses dados para um público mais amplo. Os registros de dados sobre os aspectos causais dos acidentes e das lesões correlatas contribuem para a implementação de ações e intervenções de cuidado e vigilância voltadas para os fatores de risco modificáveis de ocorrência destes acidentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

O uso dos sistemas de informações em saúde é fundamental para o acompanhamento contínuo dos aspectos epidemiológicos e para a melhor compreensão da magnitude das causas externas na saúde da população brasileira, contribuindo com a elaboração de estratégias intersetoriais mais efetivas a serem executadas pela área da saúde em articulação com os demais setores na prevenção desses agravos (MALTA; SILVA; BARBOSA, 2012; FELISBERTO, 2013).

Estudos nacionais mostram que os acidentes de transporte têm um desproporcional impacto sobre a camada mais pobre e vulnerável da sociedade e tem forte relação com as questões de desigualdades na sociedade (MOURA et al., 2010; FELISBERTO, 2013). O impacto da morbimortalidade por acidentes de transporte também é maior entre homens e na população de adultos jovens. Portanto é necessário destinar atenção prioritária e acesso aos bens e serviços para os grupos populacionais mais vulneráveis no trânsito, tais como motociclistas, pedestres e ciclistas (SILVA JUNIOR, 2013).

Isoladamente, as ações e intervenções na educação e campanhas de informação pública sobre acidentes e mortes no trânsito sem o acompanhamento da lei e fiscalização, tem deixaram muitas pessoas céticas quanto ao seu valor. Estas ações podem informar às pessoas que veículos são mais seguros e, assim, influenciar as suas compras. Eles também podem criar um clima de preocupação sobre a segurança rodoviária e aumentar a aceitação pública de intervenções eficazes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Os objetivos principais do cuidado em saúde no atendimento à vítima de acidente de transporte é evitar a morte e invalidez, limitar a

gravidade e sofrimento causada pelo trauma e, garantir o funcionamento ideal dos sobreviventes de um acidente e reintegração a comunidade. Inicia com o resgate de emergência; acesso aos cuidados em serviços de urgência e emergência hospitalar, e atendimento ao trauma e reabilitação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

3 METODOLOGIA

A qualidade e a credibilidade de um estudo começa com os dados.

(Charmaz, 2006, p. 18)

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo interpretativo, com referencial metodológico ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A adoção de um critério metodológico para a elaboração de um estudo é fundamental para sua consistência e essencial na pesquisa científica. Segundo Dias e Silva (2010, p.47) “a escolha do método de pesquisa influencia a maneira pela qual o pesquisador coleta dos dados”. O método de pesquisa está intrinsecamente relacionado às características do fenômeno a ser estudado (DIAS; SILVA, 2010), à natureza do problema que se pretende investigar e deve responder as questões particulares da pesquisa, contrastando questões epistemológicas e técnicas de investigação (DRESH; LACERDA; ANTUNES, 2015).

A opção pela abordagem qualitativa se deve ao fato de que o cuidado integral enquanto objeto de estudo nesta investigação, não poderia ser compreendido ou não atingiria o grau de abstração necessário segundo a visão positivista e determinista, pois “o cuidar é amplo” (GARCIA et al., 2010, p.25) e revela a integralidade do ser e suas relações (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014).

A pesquisa qualitativa busca compreender e interpretar a realidade, partindo do pressuposto de que as pessoas agem conforme suas crenças, valores, sentimentos, percepções e que seu comportamento está relacionado a um sentido, um significado que necessita ser conhecido, ser desvelado (MARCONI; LAKATOS, 2011). Desta forma, optou-se por explorar a compreensão que os profissionais de saúde têm sobre o cuidado integral prestado às vítimas de ATT a partir da análise do ponto de vista dos participantes.

A TFD permite explorar de forma mais ampla a diversidade da experiência humana e devido a esta característica contribui para a elaboração de teorias em enfermagem, além de explicar possíveis lacunas entre teoria, pesquisa e prática (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

Dessa forma, optou-se pela TFD como referencial metodológico para este estudo, tendo em vista que a temática do cuidado em relação aos ATT é uma realidade ainda pouco explorada no âmbito da enfermagem, em especial na realidade específica das unidades de urgência e emergência. Desta forma, a TFD possibilita um novo olhar, com um entendimento global, mais profundo do conhecimento da enfermagem neste tema e um meio de gerar teoria a partir da prática dos enfermeiros. Cabe esclarecer que a teoria decorrente das pesquisas que empregam a TFD é denominada teoria substantiva a qual é uma interpretação ou explicação teórica de um problema delimitado em uma área específica do conhecimento (CROSSETTI; GOES; BRUM, 2015).

Charmaz (2009, p.31) destaca que “a flexibilidade da pesquisa qualitativa permite ao pesquisador seguir as indicações que vão surgindo”. Para esta autora a TFD amplia esta flexibilidade e oferece mais “foco ao pesquisador que muitos outros métodos”, pois observa inicialmente o fenômeno de uma forma mais ampla, explora “a riqueza e a diversidade da experiência humana” ao permitir modelar e remodelar a coleta de dados (CHARMAZ, 2009, p.31).

A Grounded Theory, ou Teoria Fundamentada nos Dados (idioma português), visa compreender a realidade a partir da percepção ou significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa, gerando conhecimentos, aumentando a compreensão e proporcionando um guia significativo para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Consiste em um método de investigação qualitativa que extrai significados das experiências vivenciadas pelos atores sociais, possibilitando relacionar constructos teóricos, potencializando a expansão do conhecimento em enfermagem e de outras áreas sociais como psicologia, sociologia dentre outras (DANTAS et al., 2009).

A *Grounded Theory* originou-se na década de 1960, idealizada por Barney G. Glaser e Anselm Strauss, professores de sociologia na Universidade de Chicago, São Francisco, Estados Unidos, durante um estudo de quatro anos sobre o processo de morte em hospitais. Foi desenvolvida por Glaser e Strauss para análise de dados qualitativos em estudos no campo da enfermagem, e desde então tem sido empregada também nos campos da sociologia, administração, marketing, sistemas de informação e biblioteconomia (MANSOURIAN, 2006).

Glaser e Strauss são de uma tradição filosófica e de pesquisa diferentes. Anselm Strauss vem de uma formação qualitativa, com forte influência no Interacionismo simbólico e pragmatismo, da escola de Chicago e utilizava a metodologia qualitativa (SELDÉN, 2005). Barney

G. Glaser fora influenciado pela escola de Columbia, com formação mais quantitativa e positivista.

A TFD permite a construção de teoria apoiada e fundamentada nos dados da investigação de maneira indutiva e dedutiva que, mediante a organização em categorias conceituais, permite a explicação do fenômeno investigado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Destaca-se que a TFD não parte de teorias pré-existentes, mas se fundamenta a partir de dados de um contexto social específico. Não prova seus achados, mas, sim, acrescenta outras ou novas perspectivas para elucidar o objeto em investigação (DANTAS et al., 2009). A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa nesta metodologia, uma vez que emergirá da coleta e análise dos dados e são esses que direcionarão o pesquisador para obter mais informações na literatura (TAROZZI, 2011). A consulta à literatura é limitada antes e durante a análise, para evitar sua influência na percepção do pesquisador, além de dificultar a descoberta de novas dimensões do fenômeno (DANTAS et al., 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o setor de emergência de um hospital público de referência no atendimento ao trauma no Estado de Santa Catarina (SC). O hospital presta atendimento de emergência, ambulatorial e internação pelo convênio com o SUS. A unidade de emergência atende em média 450 pacientes/dia e realiza uma média de 18 internações/dia. Possui 14 leitos de observação, dois leitos de isolamento, quatro leitos na área semi-intensiva (pacientes graves com risco de morte); três leitos de recuperação pós-cirúrgica, três postos de enfermagem, um centro-cirúrgico com duas salas operatórias e uma sala de gesso (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2013).

A escolha do local se deve ao fato do hospital ser referência no atendimento a pessoa com trauma; à familiaridade da pesquisadora com o serviço de emergência e a facilidade no acesso aos participantes do estudo.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Na TFD, o quantitativo de sujeitos e a composição da amostra segue o processo da Amostragem Teórica. Isto significa que, a amostra não é “predeterminada antes de começar a pesquisa”, mas se desenvolve

durante a coleta e análise concomitante dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.185), visando à saturação teórica, a qual permitirá a inclusão de outros grupos amostrais.

A intenção no início da coleta de dados era entrevistar apenas os enfermeiros do setor de emergência. Entretanto, ao longo o processo de análise dos dados, mediante a codificação das entrevistas, a elaboração dos memorandos, e a construção das hipóteses; surgiu a necessidade de se buscar outros participantes constituindo assim dois grupos amostrais para a compreensão do fenômeno.

O tamanho da amostra teórica foi determinado pela saturação teórica dos dados, conforme preconiza a TFD. Segundo Strauss e Corbin (2008, p.205) a saturação dos dados ocorre quando não surgir novos dados relevantes em relação a uma categoria; quando essa estiver bem desenvolvida nas suas propriedades e dimensões; e quando “as relações entre as categorias estiverem bem estabelecidas e validadas”.

A coleta de dados na saturação teórica tem como objetivo “procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.195). Sendo assim, esse quantitativo será determinado de acordo com o conteúdo e a consistência dos dados oriundos das falas dos participantes do estudo.

Este procedimento na TFD denomina-se comparação constante. Nesse processo, o pesquisador coleta, codifica e analisa seus dados, decidindo quais dados irá coletar em seguida e onde encontrá-los, no intuito de desenvolver a teoria. Constatando-se a saturação dos dados, isto é, quando nenhuma outra informação agregar ou modificar as já coletadas parte-se para a análise mais aprofundada de todos os dados coletados nos grupos amostrais.

A partir dos dados coletados emergem conceitos, os quais são categorizados, em termos de propriedades e dimensões. As relações entre categorias também são observadas visando produzir uma explicação sobre o fenômeno estudado. O principal método para isso é a comparação constante que permite aventar hipóteses, que descreverão as primeiras reflexões no início da coleta (STRAUSS; CORBIN, 2008;).

Para alcançar a saturação teórica este estudo envolveu um total de 36 profissionais divididos em dois grupos amostrais (GA). O primeiro GA foi composto por 19 enfermeiros e a partir da coleta de dados com esses participantes, elaborou-se a hipótese que devido a complexidade da assistência às vítimas de ATT e para elucidar os aspectos do cuidado integral prestado a estes acidentados no cenário da emergência

hospitalar é necessário uma abordagem multiprofissional para abarcar todos os cuidados necessários a este tipo de atendimento.

Para confirmar essa hipótese, o GA seguinte foi composto por 17 profissionais da equipe de saúde sendo cinco técnicos de enfermagem, 11 médicos e um psicólogo, e manteve-se as mesmas questões para a abordagem para buscar dados que corroborassem e/ou redirecionassem tal hipótese. Com isso, buscou-se aprofundar o entendimento sobre as categorias provisórias que emergiram dos dados das entrevistas do primeiro GA. O quantitativo de participantes foi determinado de acordo com a saturação teórica.

Para composição desses GA, foram considerados como critérios de inclusão: experiência profissional mínima de seis meses no atendimento a vítimas de ATT, independentemente se pré-hospitalar ou hospitalar. A definição desse período baseou-se na crença de que seis meses é o tempo mínimo necessário para adquirir experiência sobre o objeto de investigação e, desse modo, contribuir de forma mais efetiva com a pesquisa. Foram considerados critérios de exclusão: profissionais ausentes, no período de coleta de dados, por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

Segundo Strauss e Corbin (2008, p.195) a amostragem teórica visa “procurar locais, pessoas, ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões”.

Para a coleta de dados, inicialmente, foi marcado uma reunião com a Coordenação de Enfermagem da unidade para apresentação do projeto de pesquisa. Após apreciação a coordenadora disponibilizou uma lista com os nomes dos enfermeiros, com o dia/turno de trabalho de cada um e contato. A partir desta lista, procedeu-se o contato telefônico para apresentação do objetivo da pesquisa e verificação do interesse na participação do estudo. Mediante confirmação de interesse, agendou-se horário e local para esclarecimentos sobre o estudo e realização da coleta de dados.

Os dados foram coletados de junho a setembro de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). O instrumento principal na TFD, apesar de não ser o único, “continua sendo a entrevista, especialmente a do tipo semiestruturada” (TAROZZI, 2011, p.67).

A entrevista semiestruturada permite que tópicos cruciais sejam abordados dando liberdade ao entrevistado para falar do que é de importância central (MARCONI, LAKATOS, 2010). Não se utiliza

questionário, mas enumeram-se tópicos para a condução da entrevista permitindo uma margem considerável de expressão ao entrevistado (CRESWELL, 2014).

As entrevistas foram por mim realizadas, foram individuais, gravadas em dispositivo digital de áudio, realizadas em local privativo, e tiveram duração entre 15 minutos a 1 hora e 25 minutos. Após as transcrições na íntegra, as entrevistas, agora em texto, foram submetidas a apreciação dos informantes para validação.

Foram coletadas informações sobre a caracterização sócio-profissional dos participantes e, na sequência, a coleta de dados foi norteada pelas seguintes perguntas: **Como é o seu trabalho na emergência deste hospital? Como ocorre o atendimento aos acidentados pelo trânsito nesta unidade de emergência?** Outras perguntas foram direcionadas pela pesquisadora, a partir das respostas dos participantes, para explorar sobre o contexto da assistência aos casos de ATT na unidade de emergência hospitalar, principalmente no que tange às atividades dos enfermeiros e ao trabalho da equipe de saúde.

Ressalta-se, que este roteiro foi previamente averiguado em termos da clareza, adequação da linguagem e de conteúdo mediante um pré-teste realizado com três enfermeiros especialistas na área de UE, não incluídos na amostragem teórica. Os enfermeiros no pré-teste do instrumento, sugeriram alterações na estrutura e conteúdo como: substituir idade por data de nascimento e formação profissional por tempo de formação profissional. as quais foram aceitas pela pesquisadora, pois contribuíram para o refinamento do instrumento.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo a corrente Straussiana, a análise de dados processa-se por três etapas denominadas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011). A codificação visa a redução e conceituação dos dados e este procedimento delimitará a teoria emergente. Neste momento permite o pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, reveladas pelos dados que vão sendo coletados.

Durante o processo de coleta e análise de dados o pesquisador pode realizar anotações analíticas, comumente denominadas memorandos. Os memorandos registram as ideias do pesquisador, sobre os códigos e eleva o nível de abstração. Há memorandos que assumem a forma de categorias (CHARMAZ, 2009).

Os dados coletados foram analisados utilizando-se o método da análise comparativa que consiste em um processo dinâmico em que os dados são constantemente comparados entre si, entre eles e os códigos, entre os códigos e os conceitos, entre os conceitos e as categorias (GIBBS, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Utilizou-se o modelo paradigmático de Strauss e Corbin para o processo de codificação dos dados, seguindo as seguintes etapas consecutivas: codificação aberta, axial e seletiva.

Na **codificação aberta**, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar cada ideia, formando códigos preliminares. Esta etapa consiste no processo de separar, examinar, comparar e conceitualizar os dados brutos. O objetivo é encontrar sentido na frase. Esse processo denomina-se “conceituação”, pois é uma “representação abstrata de um fato, de um objeto de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.105).

Após a identificação de cada ideia foi dado um nome, formando os códigos preliminares. Quando a ideia apresentava características em comum com outra anteriormente citada, se atribuía o mesmo conceito. Ressalta-se que os códigos preliminares foram escritos preservando as falas dos participantes.

O conteúdo das entrevistas foi tabulado em planilhas do *Microsoft Excel*® versão 7, organizadas por perguntas e com os códigos preliminares respectivos numerados sequencialmente. Os códigos preliminares foram identificados por ordem numérica crescente, de forma que o primeiro número sinaliza a entrevista e o segundo número o código propriamente dito. Logo, quando coloca-se 2.1, significa que trata-se do código número 1 da entrevista número 2. Este tratamento foi realizado com todas as entrevistas. O Quadro 2 apresenta um fragmento da entrevista 2.

Quadro 2 - Exemplificando a Codificação Aberta

CONTEÚDO DA ENTREVISTA 2 Primeiro Grupo Amostral	CÓDIGOS PRELIMINARES
<p><u>Pergunta 1 .Conte-me sobre o seu trabalho na unidade de emergência do hospital.</u> Nós temos uma escala de serviço em que cada enfermeiro fica responsável por uma unidade aqui dentro da emergência. Por exemplo, hoje estou no acolhimento.</p>	<p>2.1 Descrevendo a rotina de passagem de plantão 2.2 Atendendo os politraumatizados na sala de reanimação.</p>

<p>Então fico responsável por toda a triagem dos pacientes, antes deles irem para o consultório médico. Mas no outro dia nós ficamos na emergência, mesmo que a sala de reanimação, onde nós fazemos o atendimento de todos os pacientes que vem: os politraumatizados, até mesmo daqueles que vêm transferidos de outros hospitais da cidade; nós atendemos ali. E também temos a observação que são os pacientes que estão ainda em tratamento, que ainda estão aguardando vaga nos andares ou ainda estão fechando diagnóstico, fazendo exames ou aguardando resultado de exames. Nós enfermeiros também ficamos ali. Então três unidades em que nós fazemos rodízio e a cada plantão nós estamos em um lugar.</p>	<p>2.3 Destacando que muitos pacientes ficam aguardando vaga em outras unidades.</p> <p>2.4 Observando os pacientes.</p> <p>2.5 Trabalhando em rodízios nos setores da emergência.</p> <p>2.6 Sendo os responsáveis por monitorar o paciente.</p> <p>2.7 Esclarecendo que os pacientes mais graves ficam na sala de observação</p> <p>2.8 Recebendo pacientes acidentados via SAMU.</p> <p>2.9 Passando o plantão/situação do paciente de categoria para categoria.</p> <p>2.10 Recebendo os pacientes pela porta de emergência</p> <p>2.11 Esperando o médico solicitar exames.</p> <p>2.12 Sendo o responsável pelos encaminhamentos.</p> <p>2.13 Chamando o laboratório.</p> <p>2.14 Aguardando o paciente mais grave junto com a equipe.</p> <p>2.15 Pedindo raio-X.</p>
<p>Pergunta 2: <u>Como ocorre o atendimento aos acidentados pelo trânsito?</u></p> <p>Estes pacientes entram direto pela reanimação. Os enfermeiros nesta unidade, juntamente com a equipe, somos os responsáveis por monitorar o paciente. Sempre no mínimo com 2 técnicos de enfermagem. Recebemos o plantão do enfermeiro, se a ambulância do SAMU, por exemplo, vier com a ambulância avançada; já tem um enfermeiro. Nós neste caso recebemos o caso do enfermeiro, se for um socorrista ele também passa para o técnico de enfermagem e o médico passa para o médico. Cada categoria para sua respectiva categoria, fazendo a mesma coisa, monitorar, espera o médico solicitar alguns exames, punciona o paciente juntamente com o atendimento da equipe, providenciamos toda a parte de encaminhamento dos exames. Somos nós os enfermeiros que temos que ver quem é o responsável e quem é que vai levar o paciente. Se tiver que chamar o laboratório, é o enfermeiro que tem que</p>	

<p>chamar o laboratório. E assim por diante. Os traumas maiores também entram pela emergência, direto para a sala de reanimação. Isto se for um paciente mais grave, pois nós recebemos previamente um aviso das ambulâncias que estão chegando. Então a gente já fica aguardando este paciente mais grave, juntamente com a equipe. Quando ele chega ao hospital, nós já o estamos aguardando.</p>	
---	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

Posteriormente, os códigos preliminares foram reunidos em outra planilha, por similaridades e diferenças, dando oportunidade de elaborar os códigos conceituais (ou conceitos). A este refinamento da codificação também foi atribuída uma identificação numérica em ordem crescente de modo a facilitar a localização e identificação dos conceitos no banco de dados.

Quadro 3 - Agrupamento dos códigos preliminares e elaboração dos conceitos

AGRUPAMENTO DE CÓDIGOS PRELIMINARES	CONCEITOS PROVISÓRIOS
<p>1.2 Executando ações para as quais não está tecnicamente preparado. 4.6Trabalhando com médicos despreparados. 8.9Trabalhando com enfermeiros despreparados. 13.9Trabalhando com técnicos de enfermagem despreparados. 21.12Vivenciando situações com residentes (medicina e enfermagem) que não estão adequadamente preparados para atuar.</p>	<p>Trabalhando com equipe despreparada.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Devido alguns códigos apresentarem significados comuns permitiu que fossem agrupados sob conceitos mais abstratos, ou seja, em categorias, possibilitando ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais trabalha (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na **codificação axial**, os dados foram reagrupados, visando relacionar categorias às suas subcategorias, no sentido de se obter explicação mais clara e completa sobre o fenômeno, assim como das suas propriedades e dimensões. Esta etapa é referida como codificação axial por se trabalhar em torno do eixo de uma categoria, desta forma obtém-se uma explicação mais completa sobre o fenômeno, os atributos e dimensões de cada categoria. A codificação axial configurará respostas para questões do tipo como, quando, onde, de que forma. (STRAUSS, CORBIN, 2008, CHARMAZ, 2009).

Na fase da **codificação seletiva**, as categorias e subcategorias são comparadas e analisadas continuamente com o “objetivo de integrar e de refinar a teoria” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 143), identificando, dessa forma, o fenômeno ou categoria central. É a partir desta categoria central que se desenvolverá a explicação da teoria. A seguir, foi desenvolvida a explicação teórica das categorias, conforme os componentes do modelo paradigmático: contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e consequências. Ao final do processo de análise dos dados, obtiveram-se cinco categorias e 13 subcategorias, que estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 4 - Apresentação das categorias do modelo paradigmático e suas respectivas subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
1. CONTEXTO: Organizando o processo de cuidado para o atendimento às vítimas de ATT	1.1. Estabelecendo o fluxo do atendimento e as atribuições de cada profissional 1.2. Atendendo mais pacientes que a capacidade do serviço
2. CONDIÇÕES INTERVENIENTES: Buscando superar coletivamente as dificuldades do trabalho em emergência	2.1 Vivenciando conflitos éticos na equipe 2.2 Trabalhando com um déficit de profissionais 2.3 Sentindo falta de ações de educação permanente 2.4 Apontando dificuldades para o atendimento em função da falta de infraestrutura e recursos materiais
3. ESTRATÉGIAS: Proporcionando o cuidado integral	3.1. Vendo o paciente como um todo 3.2. Inserindo a família no contexto do atendimento

<p>4. CONDIÇÕES CAUSAIS: Constituindo-se como um serviço de referência para o atendimento às vítimas de ATT</p>	<p>4.1. Recebendo pacientes encaminhados pela Central de Regulação 4.2. Funcionando como uma porta de entrada à rede de saúde mediante demanda espontânea</p>
<p>5. CONSEQUÊNCIAS: Percebendo o empenho da equipe de saúde para prestar um cuidado integral</p>	<p>5.1 Percebendo a escuta ativa do paciente como cuidado integral. 5.2 Afirmando que a maioria dos atendimentos são traumas leves, com pequenas lesões ou de partes moles 5.3 Tendo uma equipe que atende o paciente (Ex: técnico de laboratório, eletro, RX e assistente social quando necessário).</p>
<p>FENÔMENO</p>	<p>Promovendo o cuidado integral no atendimento às vítimas de acidentes de transporte terrestre em um serviço de emergência hospitalar</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após classificar e organizar as associações entre essas categorias foi utilizado um esquema organizacional, denominado “paradigma” ou “modelo paradigmático”. Este modelo trata-se de um esboço analítico que “ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados”(STRAUSS; CORBIN, 2008, p.128).

Os componentes deste paradigma podem ser definidos como: **fenômeno** (é a ideia central relacionada às interações, as condições **causais e intervenientes** (é a forma de agrupamento das respostas às questões por que, onde, de que forma e quando). Estas condições expressam a situação a que o fenômeno está inserido. As **estratégias** expressam as ações dos participantes aos fatos. As **consequências** o resultado das ações em resposta às situações (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.128).

Posteriormente, ainda como estratégia metodológica da TFD, após a elaboração do modelo teórico, procedeu-se à validação das categorias e das relações entre si, para avaliar a congruência, consistência e abstração do esquema teórico. Para Strauss e Corbin (2008, p.157) “é importante determinar como a abstração se ajusta aos

dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico”.

Esta validação possibilita comparar o quanto as categorias elaboradas são representativas do fenômeno investigada e se têm coerência metodológica (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Neste estudo, o processo de validação constituiu-se na apresentação do modelo teórico obtido dos dados, a um grupo de seis enfermeiros: três deles participantes do estudo e os outros três pesquisadores Mestrands ou Doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, com experiência em atenção às urgências e emergências e/ou na utilização do método da TFD.

A proposta do modelo esquemático foi aceita pelos avaliadores sugerindo a troca de alguns termos utilizados nos conceitos, como por exemplo, substituir esforço por empenho. Os avaliadores julgaram o modelo com boa capacidade de abstração e capaz de ser aplicado, dada a sua característica de generalização. Segundo os avaliadores o modelo traduz a integralidade do cuidado como uma prática em construção.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que prescreve sobre a ética na pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o parecer 1.105.877 (ANEXO B) e, só então foi iniciada a coleta de dados. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e a metodologia do estudo, bem como assegurado o direito de acesso aos dados, a liberdade de deixarem o estudo, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Antes de iniciar a entrevista foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (APÊNDICE A), ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Para garantir o anonimato e preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por um código, ou seja, pela letra P (Participante) seguida do número de ordem da entrevista (P1, P2, P3... P36).

As gravações das entrevistas foram eliminadas após transcritas e as transcrições dos depoimentos ficarão de posse dos pesquisadores por cinco anos e posteriormente serão destruídos.

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física ou psicológica, como também não acarretou implicações institucionais aos participantes. Os benefícios do estudo são visualizados no sentido de fomentar outros estudos, em especial da enfermagem, que contribuirão com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Além disto, as análises e conclusões oriundas desta investigação poderão trazer subsídios para o planejamento das ações dos atendimentos em unidades de emergência, visto se constituírem no primeiro atendimento intra-hospitalar às vítimas de ATT.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados da pesquisa serão apresentados no formato de dois manuscritos científicos, conforme estabelece a instrução normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do curso de Mestrado e Doutorado.

Manuscrito 1 - Significado do cuidado integral à vítima de acidente de transporte terrestre atribuído por enfermeiros na urgência hospitalar.

Manuscrito 2 - Contexto do cuidado à vítima de acidente de transporte terrestre em emergência hospitalar.

4.1 MANUSCRITO 1 - SIGNIFICADO DO CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUÍDO POR ENFERMEIROS NA URGÊNCIA HOSPITALAR

SIGNIFICADO DO CUIDADO INTEGRAL À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUÍDO POR ENFERMEIROS NA URGÊNCIA HOSPITALAR

MEANING OF THE INTEGRAL CARE TO THE GROUND TRANSPORTATION ACCIDENT VICTIMS, ATTRIBUTED BY HOSPITAL URGENCY NURSES

SIGNIFICADO DEL CUIDADO INTEGRAL A LAS VICTIMA DE ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUIDO POR ENFERMEROS DE LA URGENCIA HOSPITALARIA

RESUMO

Estudo qualitativo que buscou compreender, a partir da perspectiva de enfermeiros, o significado do cuidado integral às vítimas de acidentes de transporte terrestre. Adotou-se a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados e como referencial teórico a Integralidade em Saúde. Os dados foram coletados de junho a setembro de 2015 por meio de entrevista semiestruturada com 36 profissionais de saúde do setor de emergência de um hospital público de Florianópolis/Santa Catarina. A análise dos dados resultou na categoria central: “Promovendo a

integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre”. Os enfermeiros expressaram a dimensão do cuidado integral em um modelo assistencial centrado na oferta de serviços que atende parcialmente as necessidades dos cidadãos. Os participantes percebem como dificuldades inerentes: o acesso irrestrito; a falta de articulação intersetorial, condições precárias de trabalho, excesso de pacientes; ter pacientes críticos ao lado de pacientes estáveis; escassez de recursos; sobrecarga da equipe; jovens profissionais com pouca experiência clínica e a descontinuidade do cuidado. É imprescindível que as ações destes profissionais transcendam o espaço hospitalar. Para tal, há a necessidade de interlocução entre os serviços, viabilizando assim a materialização de Redes de Atenção de Saúde, que são os cuidados primários, a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência. O estudo aponta para a necessidade de reformulações estruturais no processo de cuidar e conceituais na assistência à vítima destes agravos, que refletirão na forma de ver e agir dos profissionais envolvidos neste atendimento.

Descritores: Acidentes de trânsito; Assistência integral à saúde; Serviços Médicos de Emergência; Integralidade em Saúde; Enfermagem em emergência.

ABSTRACT

Qualitative study that looked for understanding, from the nurses' perspective, the meaning of the integral care to the ground transportation accident victims. The Grounded Theory was adopted and as a theoretical reference to the Integrality in Health. The data were collected from June to September 2015 through semistructured interview with 36 health professionals from the emergency sector of a public hospital in Florianopolis/Santa Catarina. The analysis of the data has resulted in the central category: "Promoting the integrality in the attendance to the ground transportation accident victims". The nurses have expressed the dimension of the integral care in a assistance model centered in the offer of services that attend partially the citizens' necessities. The participants realize that as inerrant difficulties: the non-restrict access; the lack of inter-sectorial articulation, bad conditions of work, excess of patients; having critical patients next to stable ones; scarcity of resources; overload in the team; young professionals with a few clinical background and the non-continuity of the care. It's indispensable that the actions of these professionals transcend the hospital environment. For this, there is the necessity of interlocution among the services,

visualizing thus the materialization of the Health Attention Nets, which are the primary cares, the specialized attention (outpatient and inpatient) and urgency and emergency care. The study points to the necessity of structural reformulation in the care process and conceptual on the assistance to the victims of these accidents, which will reflect on the way of see and act of these professionals involved in this attendance.

Descriptors: Accidents, traffic; Comprehensive health care; Emergency medical services; Integrality in health; Emergency nursing.

RESUMEN

Investigación cualitativa que busca comprender, desde la perspectiva de los enfermeros, el significado del cuidado integral a las víctimas de accidentes de transporte terrestre. Fue adoptada la metodología de la Teoría Fundamentada en Datos y como referencial teórico la Integralidad en la Salud. Los datos fueron colectados de junio a septiembre de 2015 mediante entrevistas semiestructuradas con 36 profesionales de la salud del área de emergencia de un hospital público de Florianópolis/Santa Catarina. El análisis de los datos resultó en la categoría central: “Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre”. Los enfermeros expresaron la dimensión del cuidado integral en un modelo asistencial centrado en la oferta de servicios que atiende parcialmente las necesidades de los ciudadanos. Los participantes perciben como dificultades inherentes: exceso de pacientes; la internación de pacientes críticos al lado de pacientes estables; la escasez de recursos; la sobrecarga del equipo; jóvenes profesionales con poca experiencia clínica y la discontinuidad del cuidado. Es imprescindible que las acciones de estos profesionales trasciendan el espacio del hospital. De esta forma, existe una necesidad de interlocución entre los servicios, posibilitando la materialización de las Redes de Atención a la Salud, que son los cuidados primarios, la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria) y los cuidados de urgencia y de emergencia. El estudio apunta para una necesidad de reformulaciones estructurales en el proceso de cuidado y conceptuales en la asistencia a las víctimas de estos agravios, lo que se reflejará en la forma de ver y actuar de los profesionales que trabajan en este atendimento.

Descritores: Accidentes de tránsito; Atención integral de salud; Servicios médicos de Urgencia; Integralidad en salud; Enfermería de Urgencia.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de transporte terrestre (ATT) constituem a oitava causa de morte no mundo e a principal causa de mortalidade de jovens entre 15 a 29 anos. Em 2010 estes eventos foram responsáveis pela morte de um milhão de pessoas/ano no mundo e por cerca de 20 a 50 milhões de vítimas feridas/ano, sendo 10 milhões com lesões incapacitantes e permanentes. A Organização Mundial de Saúde estima um incremento de 40% destes acidentes até o ano de 2030, uma vez não adotadas medidas para a redução de sua ocorrência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A magnitude dos problemas relacionados aos ATT não se limita à alta mortalidade, mas ao impacto sobre a saúde das vítimas devido ao seu alto custo social e econômico, às sequelas e lesões graves que comprometem a qualidade e a expectativa de vida dos acidentados, em sua maioria, população jovem masculina (PAPA et al., 2014).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde elaborou em 2010 o Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária, como política pública voltada para a vigilância, a prevenção e a promoção da saúde com vistas à redução das lesões no trânsito; pautado em cinco pilares: Fiscalização; Educação; Saúde; Infraestrutura e Segurança Veicular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento às vítimas de ATT, ocorre inicialmente através da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Nestas ocorrências a unidade de emergência hospitalar tem sido a principal acesso aos serviços de saúde para assistência a este grupo. Um dos objetivos da RAU é aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Entretanto, no que concerne ao atendimento das vítimas de acidentes, as ações de prevenção e de promoção da saúde ainda “são inexistentes (ou não registradas), ou muito pouco pensadas, institucionalizadas e empreendidas no tratamento a estes agravos” (MINAYO; DESLANDES, 2009, p.1645).

O cuidado em unidade hospitalar, só pode ser pensado na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado integral continua (promoção, prevenção, reabilitação) em outros serviços; pois a integralidade do cuidado é tarefa de rede (CECÍLIO; MERHY, 2003). No âmbito hospitalar, os serviços de urgência e emergência possuem características próprias que influenciam a organização e o

gerenciamento do cuidado (SILVA; MORAES; RIBEIRO, 2016). Entretanto, as urgências/emergências seguem atendendo de forma tradicional, baseando-se na queixa/conduita, resultando em uma clínica reducionista e pouco eficiente, e que em princípio aponta na direção contrária à Integralidade (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O cuidado integral às urgências é proposto pela Política Nacional de Atendimento à Urgências (BRASIL, 2011), através da integração dos serviços e do conceito ampliado de urgência (O'DWYER; MATTOS, 2013). É uma prática que envolve o atendimento mais abrangente das necessidades de cuidados de saúde do paciente para o conhecimento técnico-científico, juntamente com as necessidades socioculturais do paciente (ALVES; GUEDES; COSTA, 2016).

A percepção sobre o cuidar está presente no discurso sobre a qualidade da atenção à saúde, meio no qual a Enfermagem exercita sua prática social, tendo o cuidado como seu objeto nuclear específico. Há uma diversidade de conceitos que perpassam o cuidar em saúde e em enfermagem, o que, muitas vezes, dificulta a construção de seu significado para os profissionais (SENA et al., 2008).

Assim, o conceito de assistência integral é entendido como uma perspectiva que pode expandir e modificar o modo de cuidar das vítimas de ATT, uma vez que as necessidades de saúde deste grupo transcendem e permeiam os diversos níveis de atenção do sistema de saúde. Destarte, apesar da relevância desse tema, os estudos sobre o cuidado integral prestado às vítimas de AT nos diversos níveis assistenciais são escassos, e as ações de prevenção e controle que estão sendo implantadas, têm sido raramente objeto de processos de avaliação.

Considerando a amplitude do conceito do cuidado integral e sua importância no atendimento à vítima de ATT e embasados no princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde, questiona-se: Quais são os significados do cuidado integral expressos pelos enfermeiros no contexto da assistência à vítima de acidente de transporte terrestre no setor de emergência hospitalar?

Desse modo, este estudo teve como objetivo compreender os significados do cuidado integral expressos pelos enfermeiros no contexto da assistência à vítima de acidente de transporte terrestre no setor de emergência hospitalar.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, com referencial metodológico ancorado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

O cenário do estudo foi o serviço hospitalar de emergência do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), um hospital geral da grande Florianópolis, Santa Catarina. Foi fundado em 1966, está vinculado à Secretaria de Saúde do Estado e é referência em ortopedia, neurologia e neurocirurgia. Possui 225 leitos em sua capacidade total, 1.220 funcionários e realiza mais de 10 mil atendimentos por mês, entre internações, emergência e ambulatório.

Os participantes que compuseram a amostragem do estudo foram 36 profissionais divididos em dois grupos amostrais (GA). O primeiro GA foi composto por 19 enfermeiros (P1 a P19) e o 2º GA por 17 profissionais da equipe de saúde (P20 a P36), sendo cinco técnicos de enfermagem, 11 médicos e um psicólogo. O quantitativo de sujeitos nesse referencial foi determinado de acordo com a saturação teórica.

Para composição desses GA, foram considerados como critérios de inclusão: experiência profissional mínima de seis meses no atendimento a vítimas de ATT, independentemente se pré-hospitalar ou hospitalar. A definição desse período baseou-se na crença de que seis meses é o tempo mínimo necessário para adquirir experiência sobre o objeto de investigação e, desse modo, contribuir de forma mais efetiva com a pesquisa. Foram excluídos sujeitos ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza.

Destaca-se que apenas o primeiro grupo (enfermeiros) foi definido no início da pesquisa, e os demais, ao longo do processo. Com base nas entrevistas com os enfermeiros, aventou-se a hipótese de que o cuidado integral à saúde das vítimas de AT envolve a articulação dos enfermeiros com a equipe de saúde. Assim, o grupo amostral seguinte foi composto por profissionais da equipe de saúde para buscar dados que corroborassem e/ou redirecionassem tal hipótese.

A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Parecer nº 1.105.877). Foram respeitadas as condições de sigilo e adesão voluntária dos participantes, por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente ao início da entrevista e após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, de modo a atender às recomendações da Resolução 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde). Os depoimentos dos entrevistados foram identificados por códigos compostos pela letra “P” de participante e um número cardinal atribuído conforme a realização das entrevistas: P1 a P36.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no local de trabalho dos participantes. Foi elaborado um roteiro com questões de caracterização sócio-profissional

do participante e perguntas sobre o contexto da assistência aos casos de ATT na unidade de emergência hospitalar, principalmente no que tange às atividades dos enfermeiros e ao trabalho da equipe de saúde. Ressalta-se que este roteiro foi previamente averiguado em termos da clareza, adequação da linguagem e de conteúdo mediante um estudo-piloto, realizado com três enfermeiros especialistas na área de urgência e emergência, que foram posteriormente descartados da amostragem teórica.

O convite ao participante ocorreu por telefone. As entrevistas foram individuais, gravadas em dispositivo digital de áudio, em local que permitisse privacidade, em horário de comum acordo entre participantes/entrevistador, e tiveram duração entre 15 minutos e 1 hora e 25 minutos.

Os dados foram coletados e analisados concomitantemente. Após as transcrições na íntegra, as entrevistas, agora em texto, foram submetidas a apreciação dos informantes para validação. À medida que as entrevistas eram validadas pelos depoentes, adotaram-se os procedimentos de codificação aberta, axial e seletiva de acordo com o paradigma de análise proposto por Strauss e Corbin; o qual elege cinco conceitos em sua estrutura: contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e consequências. A categoria central que representa o fenômeno do estudo é oriunda das associações e interações entre estes conceitos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 36 profissionais, sendo que os entrevistados do primeiro GA, constituído por enfermeiros (N=19; 52,78%), foram predominantemente do sexo feminino (N = 16, 84,2%), com idade entre 26 a 56 anos, observando maior concentração (N=22; 61,11%) entre as idades dos 32 aos 39 anos, a média das idades é de 34 anos neste grupo.

O tempo médio de experiência profissional na enfermagem foi nove anos e dois meses e o tempo de trabalho na instituição obteve média de seis anos. Quanto ao tempo de atuação em emergência, os enfermeiros com mais de 5 anos de atuação somam mais de 60% (N= 21,6%) do total de participantes.

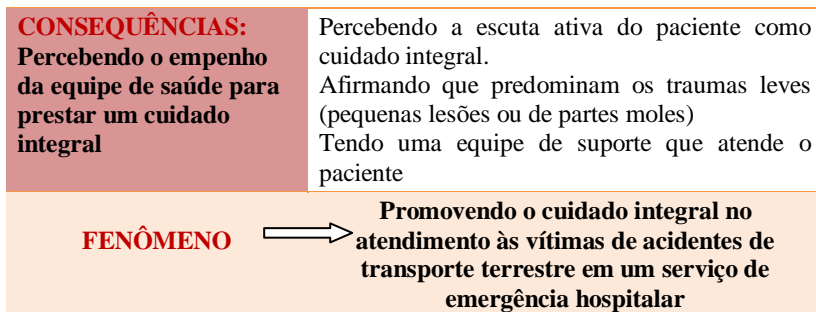
No segundo GA (N=17; 47,22%) houve predomínio de participantes do sexo masculino (N=9; 52,94%), com idade entre 22 a 58 anos, concentrados entre as idades dos 29 aos 37 anos. O tempo médio de experiência na profissão foi 10 anos e três meses e o tempo de

trabalho na instituição com média de 8 anos e seis meses. Do total de profissionais do 2º GA, 57,1% possui mais que 5 anos de experiência em unidade de emergência.

Na TFD o fenômeno é a ideia central que simboliza o evento que está acontecendo na cena social e sobre o qual um grupo de ações ou interações são direcionadas ou estão interrelacionadas (STRAUSS; CORBIN, 2008). A partir do processo de codificação e categorização dos dados, construiu-se o fenômeno “**Promovendo o cuidado integral no atendimento às vítimas de acidentes de transporte terrestre em um serviço de emergência hospitalar**”, fundamentado pela articulação de cinco categorias e 13 subcategorias. As categorias foram elaboradas a partir dos dados e à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo, ou seja, não foram pré-selecionadas, conforme estabelece a abordagem construtivista da TFD. As categorias com suas respectivas subcategorias estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 1 – Apresentação das categorias e suas respectivas subcategorias. Florianópolis, SC, Brasil, 2015-2016.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
CONTEXTO: Organizando o processo de cuidado para o atendimento às vítimas de ATT	Estabelecendo o fluxo do atendimento e as atribuições de cada profissional Atendendo mais pacientes que a capacidade do serviço
CONDIÇÕES INTERVENIENTES: Buscando superar coletivamente as dificuldades do trabalho em emergência	Vivenciando conflitos éticos na equipe Trabalhando com um número insuficiente de profissionais Sentindo falta de ações de educação permanente Apontando dificuldades para o atendimento em função da falta de infraestrutura e recursos materiais
ESTRATÉGIAS: Proporcionando o cuidado integral	Vendo o paciente como um todo Inserindo a família no contexto do atendimento
CONDIÇÕES CAUSAIS: Constituinte-se como um serviço de referência para o atendimento às vítimas de ATT	Recebendo pacientes encaminhados pela Central de Regulação Funcionando como uma porta de entrada à rede de saúde mediante demanda espontânea



Fonte: Elaborado pelo autor.

REVELANDO O MODELO TEÓRICO

Os dados emergentes permitiram a construção do modelo teórico da teoria substantiva (Figura 1) de cuidado à vítima de ATT, expresso nesta apresentação gráfica mais próxima à realidade do cenário em estudo.

Figura 1. Modelo teórico representativo da teoria substantiva “Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidentes de transporte terrestre em unidade de emergência”.



Fonte: Elaborado pela autora. Siglas: ATT-Acidentes de transporte terrestre e RX- raios-X. Foto: <https://atos242.wordpress.com/tag/santidade/>

Contexto

O contexto na TFD representa o mundo social no qual está inserido o fenômeno e abarca as condições para as quais as ações e interações são direcionadas (STRAUSS; CORBIN, 2008). Neste estudo, o fenômeno apresenta, como contexto, a categoria “Organizando o processo de cuidado para o atendimento às vítimas de ATT”, que é composta por duas subcategorias, conforme apresentado a seguir:

Estabelecendo o fluxo do atendimento e as atribuições de cada profissional

O hospital implantou o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), portanto todos os atendimentos aos pacientes são sistematizados, direcionados por um fluxo que segue a gestão de risco por cores. Quanto às atribuições técnicas de cada profissional da equipe, segue uma rotina segundo uma escala semanal de procedimentos e tarefas, distribuídas pela Gerência de Enfermagem, em setores na unidade.

Temos uma escala de atribuições para o enfermeiro, quanto para o técnico de enfermagem.(P15)[...]Aqui há uma organização e planejamento, nos dividimos em escalas de tarefas.(P18) Cuidado integral na escala de atribuições é o técnico de enfermagem com um ou mais pacientes específicos, realizando todos os procedimentos necessários e prescritos para eles como higiene, conforto, administração de medicamentos, curativos e transporte para exames.(P28) Segundo a escala da enfermagem cada profissional fica responsável por alguns procedimentos.É uma ferramenta de planejamento para o enfermeiro.(P12)

Os respondentes destacaram que o fluxo assistencial instituído permite o acesso de pacientes clinicamente menos graves.

Atendemos muitos pacientes que necessitam de cuidados primários e secundários e não emergenciais (P16)[...]A emergência serve de porta de entrada para os usuários referenciados ou demanda espontânea (P1).

Atendendo mais pacientes que a capacidade do serviço

Devido à superlotação do setor, alguns pacientes são acomodados em macas nos corredores. Nessas condições, a realização de uma assistência integral e de qualidade fica comprometida.

Vivemos em constante saturação operacional e isto inviabiliza a assistência integral e de qualidade (P12). [] Devido a superlotação começamos a instalar os pacientes em macas nos corredores. Como prestar uma assistência digna nestas condições?(P21).

Os depoimentos indicam que a superlotação, deteriora as condições de trabalho e a assistência ao paciente.

Como prestar o cuidado integral com a unidade lotada de pacientes?(P5) A sala de reanimação está geralmente lotada e com mais pacientes do que planejado.(P11)A superlotação de pacientes sobrecarrega os funcionários e dificulta prestar uma assistência de saúde com qualidade. (P13)

Condições Intervenientes

As condições intervenientes são os aspectos estruturais que se apoiam nas estratégias de ação/interação a que pertencem ao fenômeno. Elas facilitam ou bloqueiam as estratégias tomadas dentro de um contexto específico (STRAUSS; CORBIN, 2008). A categoria relacionada às condições intervenientes é: Buscando superar coletivamente as dificuldades do trabalho em emergência e é composta pelas quatro subcategorias:

Vivenciando conflitos éticos na equipe

Ao analisar as entrevistas, percebe-se que o trabalho em unidade de emergência vivencia problemas éticos relacionados aos residentes, às questões legais e políticas de atendimento à saúde, e conflitos entre profissionais.

Tem situações em que você depara com um caso em que não tem auxílio médico e o paciente está grave. A dúvida é quanto a fazer algo (sem ter

carimbo), ou se omitir e não fazer nada. (P29) É imoral ter que internar pacientes mal acomodados em cadeiras e macas por falta de leitos e superlotação da unidade (P32) A deficiência de pessoal e a superlotação provoca alguns conflitos entre profissionais. (P23)

Trabalhando com número insuficiente de profissionais de saúde

Com base nas falas dos participantes, observa-se que o contingente de funcionários impacta sob o cuidado prestado.

[...] o número de funcionários é insuficiente e prejudica a prestação de cuidados. (P19) com déficit de funcionários não se consegue trabalhar a parte de educação em saúde, compromete-se o relacionamento e o vínculo com o paciente, a família e a equipe de trabalho.(P23)

Os participantes referiram a aspectos do trabalho na unidade que interferem na prestação do cuidado aos pacientes, conforme se evidencia nas falas dos depoentes:

[...] falta muito funcionário na unidade, em especial nos finais de semana e feriados.(P2) A falta de funcionários sobrecarrega os profissionais presentes e interfere na qualidade da assistência ao paciente.(P8).

Sentindo falta de ações de educação permanente

Na experiência dos participantes, é unânime a percepção de que a educação em serviço é relevante na assistência integral à saúde.

Para cuidar de forma integral nesta unidade necessitamos de mais educação em serviço para adquirirmos maior conhecimento científico, prático, para tomarmos decisões rápidas e efetivas, e utilizar os recursos disponíveis. (P11)Para qualificar a assistência ao paciente precisamos qualificar mais o profissional que atende (P26).

Apontando dificuldades para o atendimento em função da falta de infraestrutura e recursos materiais

A falta de materiais, equipamentos e da infraestrutura inadequada foram apontadas como aspectos dificultadores na realização do cuidado.

Falta material e equipamentos como oxímetro, cadeiras de roda, de banho e macas para todos os pacientes.(P3) Na falta de material temos improvisado ou pedimos emprestado a outra unidade para não deixar de realizar o cuidado.(P12) A deficiência na estrutura física dificulta o atendimento(P1).

Estratégias

As estratégias para lidar, tomar decisões ou responder ao fenômeno são denominadas de estratégias de ação/interação (STRAUSS; CORBIN, 2008). A categoria relacionada às estratégias é Proporcionando o cuidado integral. As subcategorias identificadas foram:

Vendo o paciente como um todo

O cuidado integral foi referido pelos participantes como uma assistência individualizada e sistêmica.

O cuidado integral é atender o paciente como um todo, ver não só a parte física, mas também a parte espiritual, parte dos sentimentos e das necessidades desse paciente. (P11)O cuidado integral é o profissional estar junto àquele paciente e atender todas as necessidades biológicas, físicas e psicológicas (P22)[] não é só ver a ferida ou tratar a dor, mas ver outros fatores do contexto deste paciente que vão interferir no seu tratamento.(P26)

Inserindo a família no contexto do atendimento

Observa-se nas falas dos participantes, a preocupação em integrar a família ao cuidado prestado na unidade.

Quando o paciente já está estabilizado e está bem, procuro a família desta pessoa para dar uma satisfação e permito quando possível a permanência de um integrante familiar junto ao leito.(P26) Sempre que possível incentivamos o familiar a acompanhar alguns procedimentos como por exemplo na higiene e conforto (P19).Infelizmente o espaço físico da unidade não oferece conforto à permanência do familiar junto ao paciente.(P17)

Condições causais

As condições causais são definidas como os eventos, incidentes e acontecimentos que levam à ocorrência do fenômeno. Compõe como condições causais, as seguintes subcategorias:

Recebendo pacientes encaminhados pela CRMU

A unidade de emergência é a porta de entrada para receber as vítimas de ATT, sendo referência no Estado, para o atendimento desses casos. Percebe-se pelos depoimentos que a Central de Regulação Médica em Urgência (CRMU) é um serviço de retaguarda que reordena o fluxo de referência destes usuários neste serviço:

Este hospital é referência no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito.(P8)[...] os acidentados adentram a este serviço pela busca espontânea [...] ou trazidos pelo serviço pré-hospitalar: SAMU, Corpo de Bombeiros e Autopista.(P4)[...]A Central de Regulação sempre liga para o médico da emergência quando vai enviar, um paciente e este avisa a equipe de enfermagem reservando um leito na reanimação.(P3)[...]quando o paciente chega no hospital nós já o estamos aguardando.(P12)

Funcionando como uma porta de entrada à rede de saúde mediante demanda espontânea

O hospital em estudo atende aos casos referenciados pela rede de saúde, mas também a qualquer demanda que chegue à unidade de emergência.

Atendemos diariamente muitos casos que podem ser tratados na atenção básica, pois todo tipo de atendimento vem parar aqui na porta da emergência (P32). []O pronto-socorro é porta de entrada, de acesso para casos agudos como crônicos que não conseguem atendimento na rede básica.(P24)Os usuários procuram a unidade de emergência por iniciativa própria, pois sabem que aqui terão o acesso rápido ao serviço de saúde.(P17)

Consequências

São identificadas como os resultados ou expectativas da ação/interação (STRAUSS; CORBIN, 2008). As consequências resultantes do significado do cuidado integral dos enfermeiros envolve a seguinte categoria: Percebendo o empenho da equipe de saúde para prestar um cuidado integral e as subcategorias:

Percebendo a escuta ativa do paciente como cuidado integral

A escuta qualificada é entendida pelos profissionais como uma atitude acolhedora.

Procuro escutar e conversar, dizer que está tudo bem, que a gente vai ajudá-lo (P27) É preciso ouvir as queixas dos pacientes para avaliar melhor o quadro clínico (P15) Escutar o paciente é ferramenta de trabalho e também é cuidado(P29).

Afirmando que predominam os traumas leves (pequenas lesões ou de partes moles)

Para os participantes há uma predominância de traumas leves no atendimento aos acidentados.

Recebemos acidentados em sua maioria com traumas leves e este aspecto aumenta a sobrevida, é indicativo de bom atendimento pré-hospitalar e outras fatores inerentes ao acidente também (P28). Aqui predominam as vítimas de traumas leves, lesões de membros superiores e inferiores. (P30)

Tendo uma equipe de suporte que atende o paciente

Os participantes apontam a importância do atendimento ao paciente com uma equipe multiprofissional.

Temos uma equipe com os atores necessários ao atendimento às vítimas de acidentes de trânsito, seja para realizar um raio-X ou o apoio de assistente social[](P33). O cuidado ao acidentado sempre envolve uma equipe multiprofissional e exames que apoiam as decisões terapêuticas. (P26)

Os respondentes apontaram como principais fatores dificultadores do trabalho na unidade de emergência o estresse, insalubridade do local, sobrecarga de trabalho e a desmotivação interna para o trabalho frente à superlotação e déficit de funcionários. Como fatores facilitadores foram indicados: flexibilidade de ajustes em escalas de trabalho, a equipe de trabalho e a dinâmica da unidade.

DISCUSSÃO

Observou-se que os enfermeiros da unidade de emergência em estudo, possuem características demográficas e de trabalho que não diferem de outros estudos. Em pesquisa realizada em unidade de emergência de São Paulo também foi encontrada uma população com predominância feminina 12 (75%) (SOUZA; PAULA; SALLES, 2016). Estudo aponta ser a prática do cuidado uma ação culturalmente feminina (MACHADO, VIEIRA, OLIVEIRA, 2012). Esse dado confirma os aspectos historicamente relacionados à caracterização do perfil de trabalhadores no ambiente hospitalar e devido a enfermagem ser no mundo uma profissão predominantemente feminina e isto reflete no cenário local (SILVA; FIGUEIREDO, 2010).

Quanto à idade, a maior concentração de profissionais jovens e participantes nas ações do cuidar, caracteriza a equipe com plena capacidade produtiva. A idade é um fator que intervém favoravelmente ou não na qualidade do cuidado prestado aos usuários nos setores de emergência, visto que é uma unidade hospitalar que demanda agilidade (SOUZA; PAULA; SALLES, 2016).

Os resultados mostram ainda que a maioria (57,14%) dos profissionais participantes deste estudo possuem mais de cinco anos de

experiência em emergência e que 9% apresentou tempo de serviço institucional superior a quatro anos. No estudo de Silva e Pires (2011), 21% dos participantes apresentavam tempo de vivência em UE de 7 a 10 anos e 12% apresentavam tempo de serviço no hospital superior a 10 anos. Já no estudo de Silva et al. (2012), 43,2% atuavam em unidades de UE há cinco anos.

Justifica-se a importância da experiência profissional e qualificação especializada no atendimento à vítima de ATT em contexto de UE e na contratação de enfermeiros experientes, haja vista, pela significância da atuação do profissional capacitado à especificidade do cuidado ao politraumatizado, em que a falta de conhecimento ou habilidade pode conduzir ao agravamento do quadro do paciente ou até a morte deste indivíduo (CAVALCANTE; AMORIM; SANTOS, 2014).

A pouca vivência profissional pode constituir um entrave à qualidade do atendimento visto que esta não confere habilidade necessária para atendimento de UE (SILVA et al., 2012). Segundo Silva e Ferreira (2011), a assistência prestada por um profissional não qualificado perpassa pela subutilização do uso da tecnologia no cuidado, e seu uso pouco fundamentado pode agravar a saúde do paciente que se encontra num quadro de risco de agravo à saúde.

A partir do modelo teórico que emergiu dos dados coletados, figuraram como dificuldades para os profissionais prestarem o cuidado integral às vítimas de ATT: a dinâmica e as condições de trabalho, em especial a demanda acima da capacidade de trabalho da unidade e a carência de profissionais em quantidade e com a qualificação necessária para o atendimento do paciente de forma integral.

Tais dificuldades assemelham-se àquelas apontadas pelos respondentes de um estudo realizado em um pronto-socorro e centro de trauma de um hospital de grande porte da região centro-oeste. Para os autores de tal investigação, a baixa qualidade e resolutividade estão relacionadas às características inerentes aos serviços de emergência, como por exemplo: o acesso irrestrito; o excesso de pacientes atendidos; a diversidade da gravidade no quadro clínico inicial, tendo-se pacientes críticos junto a pacientes estáveis; a escassez de recursos técnico-profissionais; a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão/gestão inadequadas; a descontinuidade do cuidado; e, a falta de valorização dos profissionais (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

Esses obstáculos precisam ser avaliados pela RUE, uma vez que os serviços de emergência constituem-se para a população a porta de

entrada para o sistema de saúde e enfrentam a superlotação devido à demanda reprimida em outros serviços de saúde (ALMEIDA, 2014). Portanto, as unidades de UE acabam atendendo casos, percebidos pelo usuário como urgência e usuários que não são atendidos na atenção básica e especializada (AITH et al., 2014). Esse resultado também foi encontrado em estudos conduzidos na Holanda (STORM et al., 2011; STORM et al., 2014).

É necessário que esta rede direcione a vítima de AT as outras prováveis portas de entrada e organize-se para atendê-lo, de modo a contemplar a continuidade do cuidado, uma vez que a procura por serviços de saúde pela entrada da emergência se deve também a fatores culturais e por deficiência de recursos tecnológicos e sociais (O'DWYER; OLIVEIRA ; SETA, 2009).

Ressalta-se que é fundamental que haja a articulação entre os serviços de urgência e de atenção primária e secundária, de forma que aumente o desempenho organizacional das unidades de UE, mediante a formulação e pactuação dos fluxos de referência e contrarreferência, resultando para o usuário o atendimento contínuo (SANTOS et al., 2014). Para que isso ocorra, essa atuação deve ser organizada em rede e voltada para o atendimento ambulatorial e à triagem intra-hospitalar, proporcionando, deste modo, locais de seguimento após o atendimento de emergência no âmbito do cuidado longitudinal (VALENTIM; PAES; CARVALHO, 2014). Ao definir as etapas do fluxo para o atendimento, aumenta-se a humanização e segurança do cuidado, o que favorece a operacionalização do serviço e a tomada de decisões (VERSA et al.; 2014).

Nesta pesquisa, mediante as narrativas dos profissionais de saúde até aqui apresentadas refletem que o encaminhamento das vítimas de ATT para o setor terciário (sistema de referência e contrarreferência) ainda é incipiente na rede de saúde no município. Resultado similar foi encontrado em um estudo realizado em uma unidade de referência em urgência em Minas Gerais o qual constatou que 37,6% da população pesquisada se autorreferencia ao pronto socorro como atendimento de saúde de primeira opção. Os autores consideraram que esses pacientes não procuram a APS, provavelmente por falta de orientações de qual serviço procurar ou pela baixa resolutividade desse nível de atenção (ALVES et al. 2015).

Os resultados aqui relatados estão em concordância com um estudo que analisou a inserção de um hospital de grande porte na RUE na região Centro-Oeste do Brasil. Os autores ressaltam que para promover e assegurar a integralidade do cuidado, os serviços de saúde

devem se articular e se integrarem, pois o cuidado integral por sua vez se articula com o acesso humanizado, ágil e resolutivo (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

As experiências de cuidado integral dos profissionais participantes do estudo devem ser revistas em seu conceito. Percebe-se uma apropriação conceitual, isto é, os participantes pensam o cuidado integral não como uma tecnologia, mas como objeto de prática de saúde realizada somente em determinado nível de atenção à saúde e de difícil visualização no contexto das UE. Contudo, a inclusão do ACCR e a gestão do cuidado por níveis de gravidade do paciente, somado a gestão de vagas e leitos pela CRMU já constituem passos na direção do caminho da integralidade (WEBER et al., 2015).

Percebe-se nos depoimentos dos respondentes que a integralidade está presente nos cuidados prestados aos vitimados pelos ATT, mas sob a égide de fatores intervenientes no processo de atendimento, como o esforço dos profissionais em procurar atender as necessidades de saúde destes pacientes mesmo trabalhando com escala de serviço fragmentado. A concepção de cuidado integral foi encontrada nos depoimentos dos participantes, ao revelarem que a amplitude do cuidado transcende as questões biológicas.

Este princípio ainda não é concebido por estes profissionais como um conjunto articulado de serviços de saúde preventivos e curativos. Nesse sentido, os participantes percebem a necessidade de organizar as práticas de atendimento e de superar a fragmentação das atividades da unidade, uma vez que o ritual de certas formas de cuidado não revertem em benefícios reais para o acidentado, nem interfere em sua qualidade de vida.

Este resultado diverge de um estudo que aborda o trauma causado por AT na África, e afirma que há muito a se fazer para promover os esforços na prevenção destes eventos no setor saúde mediante um envolvimento mais direto. Para estes autores, isso inclui testemunhar o custo humano e financeiro do trauma, bem como ações que promulguem a segurança rodoviária e de prevenção de lesões. Como exemplo destas intervenções, os autores citaram que nos Estados Unidos, cirurgiões que prestam atendimento ao trauma têm desenvolvido programas para rastrear motoristas feridos devido ao abuso de álcool e para fornecer aconselhamento para aqueles que apresentaram teste positivo para alcoolemia (MOCK et al., 2014). Estes programas têm demonstrado a redução dos índices de acidentes relacionados ao álcool (ZATZICK et al., 2014). Há uma necessidade de desenvolver versões semelhantes de tais intervenções, orientada para o contexto brasileiro.

Nesse sentido os atendimentos nos serviços de emergência devem ser pautados na resolutividade e na integralidade do cuidado. Para que isso ocorra, essa atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contra-referência, organizado em rede e voltado para o atendimento ambulatorial e à triagem intra-hospitalar (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009), proporcionando locais de seguimento após o atendimento de emergência no âmbito do cuidado longitudinal (VALENTIM; PAES; CARVALHO, 2014).

Entretanto, o hospital em estudo é referência na rede de atenção às urgências no âmbito estadual e em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade o que contribui para o cuidado integral no atendimento ao trauma. Os centros de referência em atendimento ao trauma conveniados ao SUS são unidades especializadas dotadas com grande porte de resolutividade, equipados em recursos técnicos e profissionais, prestando procedimentos de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica (BRASIL, 2001; GALLINARI et al., 2014).

São hospitais responsáveis pelos tratamentos que envolvem procedimentos de alto custo e que requerem, muitas vezes, equipamentos tecnológicos avançados; chamados tratamentos de alta complexidade. Além disto, dispõem de área física e instalações compatíveis e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado ao trauma (GALLINARI et al., 2014). Outros atributos são as capacitações, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com atividades da atenção às UE (BRASIL, 2001).

O impacto esperado com este sistema estadual de referência hospitalar é a redução da morbimortalidade e promoção de melhor qualidade de vida, pois o atendimento imediato é estruturado de forma a torná-lo resolutivo e eficaz (GALLINARI et al., 2014). Tais sistemas englobam a assistência pré-hospitalar (APH), centrais de regulação, hospitais de referência, treinamento e capacitação das equipes de atendimento (BRASIL, 2001).

Para a prestação de um cuidado efetivo às causas externas em especial aos acidentes de transporte o Ministério da Saúde (2013) desenvolveu portarias para atender tais demandas. A Portaria nº 1.365, de 8 de julho 26 de 2013, prova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O investimento na capacitação dos profissionais que atendem ao trauma é de fundamental importância para o cuidado integral à vítima de AT (BRASIL, 2013). Inicia-se por exigir uma educação permanente de todos os profissionais envolvidos no cuidado, centrada no paciente e não na doença. Além do mais, esse aprendizado deve ser coletivo,

integrando todos os membros da equipe multidisciplinar, com vistas a desfragmentação do trabalho, a uniformização da linguagem e da conduta dos profissionais. O trabalho multidisciplinar deve estar envolvido também pela transdisciplinaridade, para que se cumprir um dos princípios mais desafiantes do SUS que é a Integralidade das ações de saúde (MAZZILLI; CERQUEIRA; RAJÃO, 2012).

Outra dimensão do cuidado integral apontado pelos participantes que está de acordo com o princípio da integralidade é estender o cuidado à vítima de AT aos seus familiares, favorecendo e flexibilizando horários de visita e instituindo a participação e orientação do familiar na prestação dos cuidados intra-hospitalares.

Estes dados são consistentes com aqueles apresentados em um estudo realizado em um hospital público em Minas Gerais, incluindo vítimas de grandes traumas. Seus autores advogam que toda a equipe de saúde deve estimular o diálogo e a formação de vínculos entre seus membros, o paciente e o seus familiares. A participação da família, por meio de acolhimento, mediante a escuta qualificada, auxilia na recuperação da história de vida do doente e na prestação do cuidado. A visita aberta, liberada 24 horas por dia, deve ser estimulada. Dessa forma, visualiza-se a família como agente ativo do processo de desospitalização desde o momento de chegada do paciente ao hospital (MAZZILLI; CERQUEIRA; RAJÃO, 2012).

A criação de uma equipe de desospitalização nas unidades de UE é considerada por estes autores uma alternativa neste contexto de atendimento, tanto pelo custo e benefício que apresentam, pois busca o vínculo com a rede de atenção básica antes da alta hospitalar, mas também por contribuir para a otimização dos leitos hospitalares uma vez que a desospitalização interfere na média de permanência hospitalar e, portanto, na oferta de leitos de maior complexidade à população. Também é sugerido pelos autores que este processo seja acompanhado pelo serviço social e de psicologia, no intuito de buscar o preparo emocional do familiar para a realidade do paciente. Em determinado momento, o familiar também pode ser convidado ao treinamento para o cuidado, o que deve ser feito por toda a equipe multidisciplinar (MAZZILLI; CERQUEIRA; RAJÃO, 2012).

Os relatos dos respondentes evidenciam que o atendimento do enfermeiro em unidade de emergência às vítimas de AT está pautado na execução das ações e procedimentos técnicos, como por exemplo, observar sinais e sintomas, coleta de histórico clínico, gestão da dor, mobilização do paciente, avaliação neurológica, a fim de evitar que o paciente apresente complicações respiratórias e/ou circulatórias além do

agravamento de lesões. Para os participantes, é necessário saber identificá-las para manter o paciente estável, permitindo-lhe aguardar para realizar, se for o caso, um possível procedimento cirúrgico, um exame diagnóstico terapêutico ou até um procedimento intervencionista.

Este resultado vai ao encontro dos achados de um estudo realizado no Iran, o qual desenvolveu um *bundle* de cuidados baseados em evidência, elaborado especificamente para o contexto da enfermagem em emergência no atendimento inicial ao trauma em unidade hospitalar. Os autores apontam o cuidado de enfermagem no contexto da assistência hospitalar ao trauma alicerçado em sete elementos principais: estabelecer via aérea segura, juntamente com a proteção cervical, manutenção da oxigenação e ventilação, manter a circulação e equilíbrio de fluidos, avaliação da reatividade e tamanho da pupila, manter fluxo venoso cerebral, gestão da dor, agitação e irritabilidade e administrar encaminhamentos para unidades de tratamento intensivo (DAMKLIANG et al., 2014).

Os depoimentos dos profissionais participantes deste estudo sinalizaram que a falta de protocolo institucionalizado inviabiliza o consenso na prestação do cuidado integral na unidade. O hospital em estudo não possui protocolo próprio de atendimento ao trauma institucionalizado, mas alguns profissionais referiram adotar as diretrizes do ABCDE do trauma, para confirmar a conduta clínica.

Quanto ao emprego de protocolos institucionais, estes devem ser elaborados sob o consenso de normas técnicas, nacionais e/ou internacionais e atualizados periodicamente. Constituem-se em tecnologias que promovem o incremento na qualidade da assistência em saúde por reorganizar o processo de trabalho, padroniza o cuidado ao mesmo tempo em que propicia uma redução nos custos relacionados aos procedimentos protocolados. Permite, ainda, uma visão mais ampla do paciente diante uma assistência pautada na interdisciplinaridade profissional e conferindo autonomia ao atendimento do enfermeiro possibilitando (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011).

Os dilemas e questões éticas entre os membros da equipe e na relação do binômio profissionais e paciente, também foram citados pelos participantes deste estudo como uma condição que intervém na prestação do cuidado na unidade. Este fenômeno também foi identificado em um estudo no contexto dos serviços de UE o qual observou que tais conflitos geram situações que comprometem o ambiente de trabalho das equipes de saúde de uma forma generalizada (VELLOSO et al., 2014). Estes resultados são similares aos dados levantados por um estudo realizado em contexto hospitalar cujas

principais preocupações éticas são referentes à informação ao paciente, ao tratamento em terminalidade de vida, à responsabilidade profissional em algumas intervenções; consentimento/recusa de condução terapêutica, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar, respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis (NUNES, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo teórico fundamentado nos dados que emergiram deste estudo mostrou que o significado do cuidado integral aos acidentados em unidade de emergência hospitalar, na perspectiva dos profissionais de saúde, ainda baseia-se na prática normativa (que estabelece portas de entrada e mecanismos rígidos de referência e contra-referência), que silencia o paciente, é centrado na doença e na perspectiva do cuidado médico individual, priorizando o cuidado nas intervenções curativas, nas condições de risco de vida ou de ferimentos graves. Adota-se assim, uma visão reducionista de cuidado que se limita à garantia da assistência médica e desta forma deixa de cumprir os preceitos dos direitos universais à saúde em especial aos da integralidade.

Muitas das dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde pesquisados, inerentes ao atendimento das vítimas de ATT nos serviços de emergência, impactam negativamente no êxito da prestação do cuidado na perspectiva da integralidade, como: o acesso irrestrito; a falta de articulação intersetorial, as condições precárias de trabalho, o excesso de pacientes; ter pacientes críticos ao lado de pacientes mais estáveis; a escassez de recursos; a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais com pouca experiência clínica; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado; a fadiga e a pouca valorização dos profissionais envolvidos.

Os resultados apresentados podem contribuir como subsídios para a reorganização do atendimento e processo de cuidar de enfermagem em emergência, principalmente no que tange ao paciente vítima de ATT. O hospital necessita se adaptar ao aumento da expectativa de vida da população, mudança do padrão das doenças e a integração dos serviços de saúde para garantir a integralidade na assistência.

Como limitações da pesquisa, destaca-se o campo de estudo restrito a uma instituição hospitalar. Pesquisas incluindo um espectro mais amplo de respondentes e outros cenários hospitalares poderão gerar informações mais representativas do fenômeno investigado. Os achados oriundos de uma TFD em diferentes locais do cotidiano hospitalar e

instituições poderão fortalecer a consistência dos resultados. Dessa forma, sugerem-se, para pesquisas futuras, a ampliação com cobertura regional e/ou nacional.

Outra limitação reconhecida foi estudar somente as percepções, e não observar concomitantemente o comportamento profissional, ou comparar resultados assistenciais do setor com a percepção obtida. Além disso, aponta-se a dificuldade de comparação dos achados obtidos com outros estudos sobre o mesmo tema, em função das pesquisas serem voltadas ao estudo do trauma, do perfil dos acidentados e de aspectos clínicos dos acidentes.

Contudo, entende-se que os resultados podem contribuir para um melhor entendimento das características do cuidado integral aos vitimados pelo transporte terrestre em um serviço de referência em atendimento ao trauma.

REFERÊNCIAS

AITH, F. et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Rev. de Direito Sanitário**, v.15, n.1, p.10-39, 2014.

ALMEIDA, N.D. Os acidentes e mortes no trânsito causados pelo consumo de álcool: um problema de saúde pública. **Rev. de Direito Sanitário**, v.15, n.2, p.108-25, 2014.

ALVES, L.O.; GUEDES, C.C.P.; COSTA, B.G. **As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade.** Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online), v. 8, n. 1, p. 3907-3921, 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em Foco***, v. 3, n. 3, p. 119 – 122, 2012.

MAZZILLI, C.T.; CERQUEIRA, E.L.; RAJÃO, M.C.S.. Inclusão do sequelado grave estável no ambiente familiar: novos caminhos de gestão humanizada de serviços de saúde em um hospital de reabilitação de pacientes crônicos, sequelados, vítimas de grandes traumas. **RAHIS**, v. 8, n. 8, p. 85-93, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1641-1649, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Plano nacional de redução de acidente e segurança viária para a década 2011- 2020**. Proposta preliminar. Brasília (DF); [Internet] 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 199-210, 2013.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P. de; SETA, M.H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1413-8123, 2009.

PAPA, M.A.F. et al. Mortalidade por acidentes de trânsito terrestre: análise comparativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2014.

SENA, R.R. et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 23-34, 2008.

SILVA, P.H.N.V. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade por motocicletas no Estado de Pernambuco: uma exacerbção da violência social.** 2012. 122 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE). 2012.

SILVA, M.; FIGUEIREDO, M. L. F. Desafios históricos da enfermagem à luz do pensamento bioético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p.841-3, set./out. 2010.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. **Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro.** Acta Paul Enferm, v.24, n.5, p.617-23, 2011.

SILVA, F.F.; MORAES, S.T.; RIBEIRO, J.A. Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente grave na unidade de urgência e emergência. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 1, p. 102-116, 2016.

SOARES, E.P.; SCHERER, M.D.A.; O'DWYER, G. Inclusion of a large size hospital in the Urgency and Emergency Network of the Center-West region. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 616-626, 2015.

SOUZA, G.J.; PAULA, M.A.B.; SALLES, P.J. O perfil sócio demográfico de trabalho da equipe de enfermagem que atua na sala emergência de uma unidade mista. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 3, 2016.

VERSA, G.L.G.S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 21-28, 2014.

WEBER, A. et al. A rede de atenção à urgência e emergência como instrumento de percepção da integralidade proposta pelo sistema único de saúde no oeste catarinense. **Anais do SEPE-Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS**, v. 5, n. 1, 2015.

4.2 MANUSCRITO 2 - CONTEXTO DO CUIDADO À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR

CONTEXTO DO CUIDADO À VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR

CONTEXT OF THE CARE TO THE GROUND TRANSPORTATION ACCIDENT VICTIM IN HOSPITAL EMERGENCY

CONTEXTO DEL CUIDADO A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE EN EMERGENCIAS HOSPITALARIAS

RESUMO

Estudo qualitativo, apoiado na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e no princípio de Integralidade do Sistema Único de Saúde, cujo objetivo foi compreender como está organizado o cuidado integral à vítima de acidente de transporte terrestre em um serviço de emergência hospitalar. Os dados foram coletados em um hospital de Florianópolis/Santa Catarina, de junho a setembro de 2015, mediante entrevista com 36 profissionais de saúde. A análise dos dados baseou-se em uma codificação teórica, que identificou o fenômeno “Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre”. Este fenômeno emergiu da integração entre cinco categorias e 13 subcategorias segundo o modelo paradigmático de Strauss e Corbin. A análise da categoria contexto esboçou o cenário da assistência a estas vítimas. Os resultados revelaram que a organização do fluxo de atendimento a esses agravos à luz da integralidade ainda é incipiente. Verificou-se que a saturação do limite operacional e falta de intersetorialidade são os fatores que impactam neste cuidado. Evidenciou-se a necessidade de capacitação dos profissionais para prestar o cuidado integral, pois pouco é feito no campo da prevenção destes eventos. Conclui-se que a organização do cuidado integral para os participantes deste estudo é parcialmente compreendida e o cuidado não é contemplado em toda sua magnitude o que requer melhorias nas ações empreendidas.

Descritores: Acidentes de trânsito; Assistência centrada no paciente; Serviços Médicos de Emergência; Integralidade em Saúde; Enfermagem em emergência.

ABSTRACT

Qualitative study, supported on the Grounded Theory and in the Health Unique System Integrality principle, which the goal was to understand how the integral care to the ground transportation accident victim is organized in a hospital emergency service. The data were collected in a hospital of Florianópolis/Santa Catarina, from June to September 2015, through interviews with 36 health professionals. The analysis of the data was based on a theoretical codification which identified the phenomenon "Promoting the integrality on the attendance to the ground transportation accident victims". This phenomenon has emerged from the integration of five categories and 13 subcategories according to Strauss and Corbin's paradigmatic model. The analysis of the category context outlined the scenery of the assistance to these victims. The results revealed that the organization of the flux attendance to these aggravations to the integrality light is still incipient. It has been verified that the saturation of the operational limit and lack of intersectoring are the factors that impact in this care. It has been evidenced the necessity of capacitance of the professionals to give the integral care, because a little bit is done in these events prevention field. We can conclude that the organization of the integral care to the participants of this study is partially comprehended and the care is not contemplated in its whole magnitude what requires improvements on the performed actions.

Descriptors: Traffic, accident; Patient-Centered Care; Medical services of emergency; Integrality in health; Nursing in emergency.

RESUMEN

Estudio cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada de Datos y en el principio de la Integralidad del Sistema Único de Salud, cuyo objetivo fue comprender como está organizado el cuidado integral a las víctimas de accidentes de transporte terrestre en un servicio de emergencia hospitalaria. Los datos fueron colectados en un hospital de Florianópolis/Santa Catarina, de junio a septiembre de 2015, mediante entrevistas con 36 profesionales de la salud. El análisis de los datos fue basado en una codificación teórica que identificó el fenómeno:

“Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre”. Este fenómeno surgió de la integración entre cinco categorías y trece subcategorías según el modelo paradigmático de Strauss y Corbin. El análisis de la categoría contextual delineó el escenario de la asistencia a las víctimas. Los resultados revelaron que la organización del flujo de atendimento a esos agravios a la luz de la integralidad todavía es incipiente. Fue verificada que una saturación del límite operacional y una falta de interseccionalidad son factores que impactan en este cuidado. Se hizo evidente la necesidad de una capacitación de los profesionales para suministrar el cuidado integral, pues se ha hecho poco en el campo de prevención de estos hechos. Se concluye que la organización del cuidado integral para los participantes de este estudio es parcialmente comprendida y el cuidado no es contemplado en toda su magnitud, lo que requiere mejorías en las acciones emprendidas.

Descriptorios: Accidentes de tránsito; Atención dirigida al paciente; Servicios Médicos de Emergencia; Integralidad en la Salud; Enfermería en emergencia.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de transporte terrestre (ATT) são considerados eventos traumáticos, de abrangência mundial, passíveis de prevenção e estão inseridos no âmbito das causas externas de morbimortalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2020, o número de óbitos por ATT atinja 2,4 milhões ao ano e que seja a sexta causa de morte no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O Brasil ocupa o quinto lugar no ranking dos países com maior número de mortes por acidentes de transporte. No ano de 2009, as causas externas ocuparam o terceiro lugar das internações no Brasil. Dentre estas, os ATT representaram 7,01%, sendo que as principais vítimas são homens jovens (BRASIL, 2010).

Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção as Urgências (BRASIL, 2013) a vítima de acidente de transporte deve ser assistida, inicialmente, pelo serviço pré-hospitalar e posteriormente, encaminhada para o atendimento em unidade de emergência para restabelecer sua funcionalidade e integridade física.

Estes agravos são responsáveis por expressiva parcela dos atendimentos nos hospitais de urgência e emergência (UE), principalmente nos grandes centros urbanos, pois geram sequelas e incapacidades estruturais que demandam cuidados prolongados ou

permanentes. Entretanto, os serviços de saúde em UE não estão preparados para atender esta demanda de tratamento de curso longo, pois são organizados prioritariamente para atender as condições agudas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A organização do atendimento às vítimas de acidentes de transporte está veiculada ao conjunto de serviços da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a Portaria nº 4.279/2010, esta rede se constitui em “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, 2010, p.4).

A participação dos profissionais de saúde no processo de saúde-doença da vítima de acidente é complexa, pois extrapola a assistência médico-curativa porque envolve, por exemplo, o apoio a esta pessoa, diante de sua nova condição, como portador de limitações funcionais que poderão interferir nas suas atividades de vida diária (VIEIRA et al., 2010). Neste sentido, faz-se necessário a equipe de saúde trabalhar o autocuidado destas vítimas, priorizando os determinantes da doença e consequentemente incentivando a gestão da própria saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A interface do atendimento às vítimas de acidentes de transporte com os serviços em rede do SUS ocorre no sentido de responder de modo resolutivo e contínuo às necessidades desta população (BRASIL, 2001). Para tal, o atendimento deve ter enfoque na assistência interdisciplinar, ser regido por cooperação técnica numa relação dialética, garantir o acolhimento e não apenas ofertar serviços, pois esta condição geralmente limita o acesso (BRASIL, 2001, DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

A organização do atendimento às vítimas de acidentes de transporte deve considerar os recursos humanos e a capacidade técnica, como por exemplo, a capacitação para o trabalho nas unidades de urgência e aspectos relacionados a área física, material de consumo, medicamentos, equipamentos e serviço de referência para dar apoio a esses atendimentos (Central de Regulação Médica de Urgência), serviço pré-hospitalar fixo e móvel, transporte inter-hospitalar (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

Destaca-se que em todos os níveis de atenção do SUS, a enfermagem desempenha um papel fundamental como integrante da equipe que presta atendimento de urgência, tanto no cuidado direto ao paciente, no gerenciamento do local e de toda sua equipe, como na educação permanente (SILVA et al., 2014). No atendimento à vítima de

ATT, o enfermeiro tem por primazia a execução da classificação dos pacientes em condições agudas por meio da gestão de risco.

O desafio de prestar uma assistência integral à saúde se inicia pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e soma-se a todas outras ações assistenciais (CECÍLIO, MERHY; 2003). O processo de trabalho neste caso carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde (MERHY; FRANCO; JUNIOR, 2013). Nesse sentido, a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado (MERHY; FRANCO; JUNIOR, 2013).

É, nesse contexto que se torna pertinente discutir a organização do atendimento às vítimas de ATT por diferentes atores. Assim, o propósito deste estudo foi compreender como está organizado o cuidado integral à vítima de acidente de transporte terrestre em um serviço de emergência hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa na perspectiva da Teoria fundamentada nos Dados (TFD). Essa metodologia consiste numa abordagem de pesquisa qualitativa com o objetivo de elaborar teorias, conceitos e gerar hipóteses, baseados nos dados coletados, ao invés de partir de teoria predeterminada (STRAUSS, CORBIN, 2008). Este método compreende a realidade a partir da percepção ou significado que um contexto ou objeto tem para o indivíduo (CHARMAZ, 2009). Nessa perspectiva, esta teoria é a forma com que o pesquisador encerra seu trabalho e não como o inicia. Não é aquilo que será testado, mas o que se conclui depois da pesquisa e da análise comparativa dos dados dela resultantes (GARQUE, 2007).

A pesquisa foi realizada em uma unidade de emergência de um hospital público na cidade de Florianópolis – SC. A escolha do local se justifica, em virtude de ser uma instituição reconhecida como centro de referência em traumatologia no Estado, portanto com proximidade à temática em estudo e por esta instituição constituir-se em um espaço privilegiado de ensino e pesquisa na área da Saúde.

O número de enfermeiros participantes do estudo foi estabelecido previamente com base na saturação teórica dos dados. Isso significa que o número e a escolha de participantes a serem entrevistados foram delimitados de acordo com a representatividade dos conceitos que

emergiram durante as entrevistas. No momento em que os dados se tornaram repetitivos, não acrescentando novas informações e nem ampliando os conceitos compreendidos, considera-se atingida a saturação teórica (TAROZZI, 2011). Neste caso, a saturação da amostragem foi atingida após a realização da 36ª entrevista.

No total, a amostra teórica foi composta por 36 entrevistas, realizada com 36 participantes diferenciados em dois grupos amostrais (GA): o primeiro GA (19 enfermeiros) e os segundo GA, por 17 profissionais da saúde (cinco técnicos de enfermagem, 11 médicos e um psicólogo) que trabalhavam no setor de emergência no momento da entrevista.

O primeiro contato para solicitação de participação no estudo foi por telefone, à Coordenação de Enfermagem do setor. Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica entrevista semiestruturada. As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas na própria unidade, com duração que variou entre 15 minutos à uma hora e 25 minutos. Foram norteadas pelas seguintes questões inerentes ao objetivo proposto nesta investigação: Como ocorre o atendimento aos acidentados pelo trânsito neste hospital? Conte-me sobre o seu trabalho no atendimento a estas vítimas.

Após a realização de cada entrevista, essas foram transcritas integralmente, impressas e submetidas à validação de dados pelos respondentes, permitindo-lhes ajustes e acréscimos. À medida que os dados estavam sendo coletados e validados, esses eram submetidos à análise concomitante. Na TFD “é fundamental que tais processos aconteçam paralelamente” (TAROZZI, 2011, p.70). A análise prosseguiu com a codificação e categorização dos dados, ou seja, os códigos de mesmo significado foram agrupados e desse agrupamento derivaram as categorias. A análise ocorreu em três etapas interdependentes, a saber: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A **codificação aberta** foi realizada manualmente, mediante leitura das entrevistas. Para cada fragmento da entrevista, foram atribuídas palavras ou expressões, formando os códigos preliminares. Atribuiu-se um nome conceitual ou abstrato para cada agrupamento de dados, código por código, que apresentasse alguma similaridade entre si ou mesmo características distintas. Na próxima etapa, a **codificação axial**, os dados foram agrupados em novos arranjos, nos quais estabeleceu as conexões entre as categorias, para expandir e densificar a teoria emergente. Na última etapa, a **codificação seletiva**, as categorias foram analisadas em profundidade, verificando sua consistência.

Esse processo de integração resultou no fenômeno estudado, intitulado “Promovendo o cuidado integral no atendimento às vítimas de acidentes de transporte terrestre”. Após essa etapa, buscou-se inter-relacionar as categorias representativas que traduzissem o significado da experiência dos enfermeiros, e a partir daí, buscou-se desenvolver um modelo teórico representativo dessa experiência. O fenômeno foi examinado na perspectiva do paradigma de análise de Strauss e Corbin (2008), como uma forma de agrupar as categorias e facilitar a análise dos dados. Neste artigo, focaliza-se a categoria do contexto em que ocorre o atendimento aos pacientes vítimas de ATT em uma unidade de emergência, tendo em vista sua relevância para o desencadeamento do fenômeno.

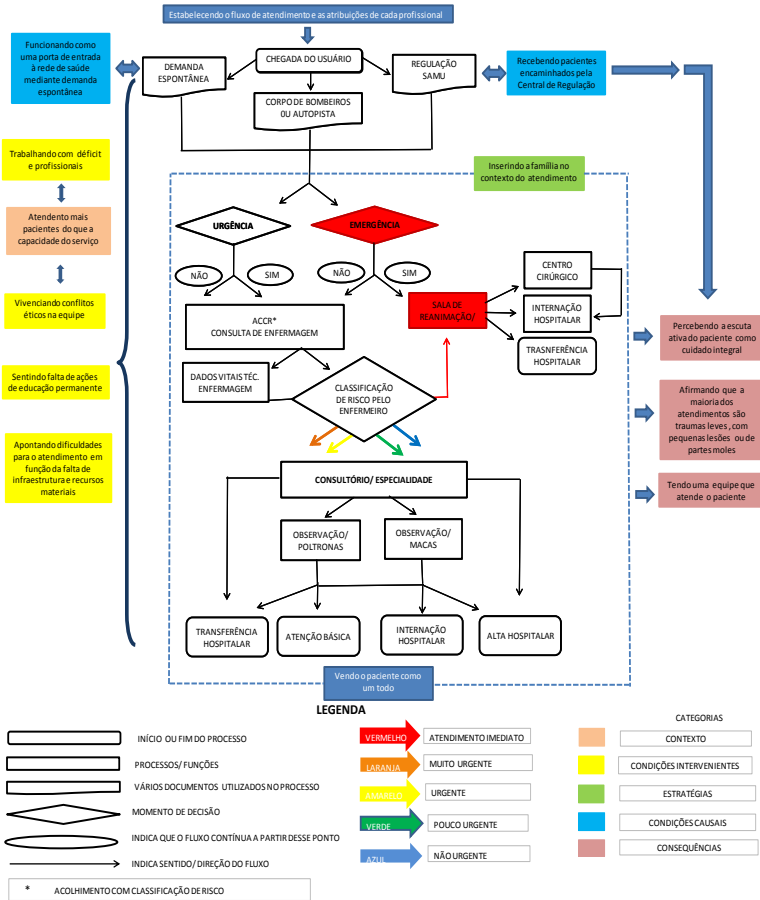
O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Parecer nº 1.105.877 (ANEXO A), Quanto ao posicionamento ético na pesquisa, norteou-se pelos critérios estabelecidos nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, constantes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, especialmente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido dos participantes e aos princípios da autonomia, anonimato e confidencialidade dos dados. Além disso, também foi considerada a autorização da Direção do hospital (ANEXO B), a fim de validar a proposta de trabalho e poder divulgar as informações. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, e todos assinaram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

RESULTADOS

Estabelecendo o fluxo do atendimento aos acidentados e as atribuições de cada profissional

Todos os atendimentos às vítimas de ATT são direcionados por um fluxo que segue a gestão de risco por cores, conforme a explanação gráfica no fluxograma da Figura - 1:

Figura 1. Fluxograma analisador do atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre em um serviço de emergência. Florianópolis-SC, 2016



Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo os entrevistados, o itinerário terapêutico das vítimas de ATT nos serviços de saúde desta unidade, inicia por duas entradas distintas: uma na sala de recepção para os usuários (demanda espontânea) e outra no corredor próximo à sala de reanimação, para os pacientes trazidos pelas ambulâncias (demanda regulada), ou também para os indivíduos que necessitam de ingresso imediato à unidade. Os participantes referem que o ACCR melhorou o fluxo de atendimento ao

priorizar os casos dos usuários que procuram atendimento de urgência/emergência e pela classificação de risco funcionar 24 horas/dia.

O acolhimento melhorou muito o atendimento. (P2) Para implantar o acolhimento com atendimento 24 horas, foi necessário contratar mais profissionais []. (P12) Quando a vítima de ATT chega à unidade, a recepção e os guardas da portaria estão orientados a observar e identificar a necessidade de atenção imediata, como cadeira de rodas e maca; no caso de apresentar limitação que o impeça de esperar pelo atendimento da classificação nesta recepção. (P11) A vítima de ATT tem maior visibilidade quanto ao tempo do atendimento e escuta de sua queixa. (P19)

A vítima de ATT oriundo da demanda espontânea aguarda na sala de recepção, para a chamada de atendimento da classificação e que este tempo oscila de acordo com a quantidade de indivíduos que aguardam atendimento na unidade. Desta forma, os depoentes percebem o ACCR como uma forma de cuidado integral.

A vítima de ATT que chega por demanda espontânea aguarda o chamado do enfermeiro classificador na recepção. (P13) O tempo de espera para atendimento no acolhimento depende da quantidade de usuários que aguardam na recepção. (P10) O acolhimento mesmo organizado na forma usuário-centrado é um cuidado integral, pois é um acesso ao serviço, acolhe e escuta esta vítima e identifica suas necessidades, inclusive em uma sala que proporciona privacidade. (P22)

A equipe envolvida com a assistência em saúde é interdisciplinar, sendo composta por médicos (cirurgião, clínico, ortopedista e outras especialidades conforme o caso), enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social e psicólogo. Quanto às atribuições de cada membro, a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro que faz a coleta de dados focada na queixa e por um técnico em enfermagem que verifica os sinais vitais.

Foram referidas outras atribuições técnicas da equipe de enfermagem: cuidados de higiene e conforto; escuta e conversa

qualificadas com o paciente e familiares, identificar as principais necessidades dos pacientes, puncionar acesso venoso periférico para administração de fluídos e medicação prescrita; coletar sangue para exames laboratoriais de rotina; encaminhar o paciente para exames de imagem e na transferência para outras unidades.

São atribuições dos enfermeiros: a classificação de risco; preenchimento da folha do censo da unidade; a monitoração da vítima de ATT; avaliar o nível de consciência; além das atribuições gerenciais. (P8) Ao médico cabe o atendimento inicial das vítimas de ATT conforme o nível de prioridade classificado; diagnosticar complicações; iniciar o tratamento conforme o protocolo estabelecido; encaminhar para tratamento intra-hospitalar junto a Central de Regulação; e encaminhamentos necessários à atenção básica; realizar a escuta do paciente e seus familiares. (P29) O assistente social e o psicólogo não atendem somente os pacientes da emergência. São chamados pelos enfermeiros quando necessária a intervenção deles. (P22)

Segundo os respondentes, o atendimento a uma vítima de ATT na emergência hospitalar envolve diferentes atores subsidiados por protocolo de atendimento ao trauma (do Ministério da Saúde) ou de forma subjetiva, e a realização de várias ações principalmente à chegada do paciente no ambiente hospitalar.

O atendimento à vítima de ATT segue a linha do trauma do Ministério da Saúde, não temos protocolo próprio instituído. (P17) Foco na queixa principal, no exame físico sucinto quando necessário e trabalho com a prescrição médica depois. (P17) Faço um atendimento objetivo, qualificador da queixa principal, na identificação do risco e das necessidades mais emergentes de cada caso. (P19) Alguns médicos seguem fielmente o protocolo de atendimento ao trauma e outros não. (P12) A vítima de ATT recebe uma assistência multiprofissional. (P11)

Os registros do atendimento são realizados em um sistema informatizado que integra os setores da unidade (sala de reanimação,

ACCR, observação e consultórios médicos). Todas pessoas que apresentam agravos não emergenciais também são atendidos, classificados e reavaliados conforme horário de chegada. Dependendo das condições da prioridade do caso, a vítima de ATT é destinada ao consultório médico. A consulta médica gera procedimentos clínicos que conduzem o paciente às salas de observação (poltronas e macas) ou à sala de reanimação para atendimento médico e de enfermagem.

O acolhimento organiza o serviço e identifica as prioridades de atendimento (P3). Atendemos todos os pacientes que buscam a unidade, mesmo se não for caso de urgência, pois este acesso é um direito do paciente dentro do SUS. (P14) Após a avaliação do enfermeiro o usuário é classificado nas cores, segundo o grau de risco: vermelho, pacientes com risco de morte, vão para a sala de reanimação direto; no atendimento imediato; amarelo, pacientes críticos e semi-críticos poderão ser atendidos na sala de reanimação ou observação dependendo do caso, atendimento imediato na sala de reanimação; verdes, casos não urgentes, atendimento o mais rápido possível; azuis, consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com o horário de chegada.(P20)Os pacientes classificados como cor verde e azuis aguardam a consulta médica geralmente no salão da recepção. (P15)

Na sala de reanimação a vítima de ATT pode ser direcionada conforme identificação das necessidades do caso e da avaliação médica e de enfermagem, aos serviços de alta complexidade (em caso de trauma com necessidade de intervenção cirúrgica, ou unidade de terapia intensiva), às unidades de internação (para tratamento seguido de internação hospitalar), transferido para outro hospital ou até alta hospitalar da unidade.

Acidentes graves e traumas médios vão para sala de reanimação para avaliação inicial e depois de estabilizados, são direcionados a UTI, ao centro cirúrgico, a sala de gesso ou para outro hospital se for o caso de outro agravamento não tratável neste hospital, ou que necessite de internação e não temos vagas neste hospital no momento da

transferência. (P20) Os traumas leves são tratados nas salas de observação e se evoluir para internação aguardará em macas até que se consiga um leito nas unidades de internação. Se for só medicar, ele receberá atendimento na poltrona de uma das salas de observação. (P24) Os usuários classificados com a cor azul são encaminhados para a unidade básica de saúde com um documento de referência. Caso ele recuse o encaminhamento, receberá atendimento médico de acordo com a ordem de chegada. (P24)

Trabalhando com número insuficiente de profissionais de saúde

O número inadequado de profissionais em comparação com a demanda por atendimento do setor compromete o cuidado integral ao paciente. Nesse sentido, os profissionais priorizam as ações de cuidado relacionadas à administração de medicação, higiene e conforto dos pacientes.

Trabalhamos com déficit de funcionários, por isso a assistência é direcionada para a administração de medicação analgésica, medidas de higiene e atendimento à prescrição médica.(P8) Fica difícil prestar o cuidado integral com poucos funcionários e muitos pacientes para atender, então priorizamos medicação e banho.(P20)

O pouco quantitativo de profissionais no setor, em especial de técnicos de enfermagem, interfere no trabalho do enfermeiro, da equipe, na qualidade do cuidado, na comunicação e no vínculo com o paciente e sua família.

Devido à falta de técnicos de enfermagem, os enfermeiros têm que auxiliá-los nos procedimentos como troca de fraldas, mudança de decúbito.(P2) Não consigo avaliar integralmente todos os pacientes internados quando tenho falta de funcionários na equipe. (P16). O enfermeiro não pode exigir o cuidado integral da equipe quando temos um número menor de funcionários. (P12) Não conseguimos realizar as mudanças de decúbito com a

frequência necessária, ou dar mais atenção e escuta ao paciente e seu familiar com tão poucos funcionários.(P17)

Atendendo mais pacientes que a capacidade do serviço

Por atenderem a alta demanda espontânea, o serviço é penalizado pela falta de recursos humanos e materiais para o atendimento a este contingente, além da estrutura física não condizente com a realidade enfrentada, ou seja, todos os que buscam assistência são atendidos, independente das condições do serviço.

O espaço é reduzido para atender a demanda, mas atendemos todos que procuram a unidade.(P11) O excesso de pacientes interfere na privacidade, na individualidade, no conforto dos outros pacientes.(P13) A superlotação influencia a segurança do serviço e a realização do cuidado integral.(P13) O excesso de atendimentos influencia a qualidade do cuidado e a relação com o paciente, sua família e a equipe. (P29) A quantidade de usuários atendidos ultrapassa a capacidade física e de recursos materiais da unidade.(P18)

O número excessivo de pacientes e seus acompanhantes, associado à demanda de casos inadequados para as características do atendimento, condições físicas, escassez de recursos humanos e materiais, sobrecarregam os funcionários neste serviço. Os participantes verbalizam desconhecimento de estratégias de promoção e prevenção junto à população de acidentados no trânsito.

O excesso de pacientes inviabiliza a educação em saúde, a prevenção[]. (P13) Não vislumbro como trabalhar a promoção e prevenção com as vítimas de acidentes de trânsito na emergência. (P20) Desconheço serviço de emergência que trabalhe com promoção e prevenção.(P8) A promoção e prevenção devem ser trabalhadas na atenção básica, não imagino como fazê-la aqui. (P12) []tratar a promoção nos serviços de emergência é difícil, pois tem muitos fatores externos aos acidentes de trânsito que interferem no cuidado integral [].(P6)

Os participantes consideram controversa a presença de acompanhante e familiar na unidade de emergência.

A unidade não foi planejada para ter acompanhante em todo o período de observação do paciente. (P8) O acompanhante é outro indivíduo com demandas. Auxilia-nos e muito no tratamento do paciente, mas é um dilema ao somar à superlotação e a falta de funcionários []. (P17)

DISCUSSÃO

Alguns atributos do cuidado integral podem ser reconhecidos no serviço deste cenário em estudo, como por exemplo, a medida de melhoria de acesso favorecida pelo ACCR com atendimento de 24 horas, em um contexto de aproximação e escuta.

Acolher o paciente é um traço de qualidade na assistência em saúde, centrada no indivíduo, pois consiste em uma resposta ao seu sofrimento, identificação de suas necessidades e um cuidado para além das dimensões biológicas (GOMES; KOIFMAN, 2012). É na escuta qualificada que os profissionais de saúde ampliam o olhar sobre o usuário e reconhecem as necessidades dos pacientes no que diz respeito à sua saúde (BRITO, 2016).

Este resultado não encontrou correspondência nos argumentos de um estudo, cujos autores contrapõem a atuação sob a forma de fluxos programáticos e protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas, por considerá-las pouco sensíveis às particularidades de cada caso. Outro aspecto apontado é que os itinerários sinalizados nestes fluxos nem sempre corresponde àquele almejado ou percorrido pelos pacientes. Destarte, podem resultar em peregrinações mal sucedidas pelos serviços de saúde. Os mesmos pesquisadores reconhecem a importância da unificação das intervenções em saúde, mas também consideram os fluxogramas de atenção à saúde como obstáculos à assistência quando não são suficientemente claros ou permeáveis ao processo de cuidar (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Contudo, dados de estudo desenvolvido em um pronto-socorro do Rio Grande do Sul, mostram que o ACCR organiza o atendimento de acordo com a necessidade ou gravidade de cada caso, reduz a exclusão ao acolher toda a demanda, proporciona o vínculo entre a tríade profissional-usuário-unidade de saúde, escuta e oferece uma resposta a

uma necessidade premente, melhora a percepção do usuário quanto a assistência a ele dispensada, e contribui para a mudança do foco do atendimento, que sai da doença e vai para a pessoa, desta forma humanizando o atendimento (WEYKAMP et al., 2015).

Todos estes aspectos contribuem para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos, reduzindo o tempo de espera e intervindo mais rápido nos casos mais graves (BRITO; SANTOS, 2015). No entanto, há a necessidade que a unidade desta pesquisa amplie esse acesso por meio da articulação deste serviço com outros da rede de saúde, pois a integralidade do cuidado não é possível em um só lugar, em um só serviço e a universalidade do acesso aos bens de saúde garantida. Esta garantia por sua vez deve ser uma responsabilidade do sistema de saúde e um objetivo de rede de atenção à saúde. Para isso, a atenção primária não deve ser vista como um lugar privilegiado da integralidade e o espaço hospitalar deve deixar de ser idealizado (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Os serviços de maior complexidade podem se constituir em espaços de escuta das necessidades de saúde e não apenas serem entendidos como espaços de hierarquização tecnológica da assistência e de finalização do cuidado (GUEDES et al., 2009; SILVA; CARMO, 2016).

A reorganização do modelo de atendimento com vistas ao cuidado integral exigiria a superação da fragmentação das ações e valer-se das oportunidades geradas pelas demandas espontânea e regulada, para a aplicação de diagnósticos e identificação de situações de risco para a saúde (GOMES; KOIFMAN, 2012). Por exemplo, um acidentado no trânsito pode apresentar sinais e sintomas de hipertensão arterial além das lesões e traumas oriundos do acidente, e uma vez diagnosticada esta condição como crônica, este paciente receberia orientações, medicação e encaminhamento com agendamento para tratamento na rede de atenção primária.

Observa-se no cenário deste estudo que no cuidado integral às vítimas de ATT, ainda falta comunhão de esforço da atenção da alta complexidade com a atenção básica. A ampliação das ações dos sistemas de referência e contrarreferência favoreceria esta articulação intersetorial por meio do acompanhamento mais coerente com as necessidades destes acidentados no processo de recuperação e reabilitação (SIGNOR et al., 2015).

Esta mobilização de parceiros em uma rede articulada de serviços no atendimento integral às necessidades de saúde deste grupo visa

respostas mais efetivas e amplia o escopo de intervenção das políticas públicas e sociais (GARCIA; EGRY, 2010).

Quanto ao entendimento do sentido do cuidado integral às vítimas de ATT, apesar dos participantes expressam sentidos da integralidade em suas ações, alguns profissionais ainda não contemplam no cuidar em emergência medidas inerentes à promoção da saúde desses acidentados no setor de emergência. Da mesma forma, percebe-se pelas falas a falta de estabelecimento de processos de articulação do cuidado com diferentes segmentos da rede de saúde, como por exemplo, as unidades básicas de saúde. Portanto, os profissionais em estudo seguem trabalhando de forma fragmentada com foco em aspectos mais curativos, conseguem responder as demandas de algumas necessidades pontuais dos pacientes e na prestação de um cuidado individual às vítimas de ATT.

Destarte, estes resultados também indicam a necessidade de um núcleo de educação em urgências que seja um espaço de saberes e trocas de experiência institucional, para capacitar continuamente os profissionais envolvidos para o atendimento aos vitimados pelos acidentes de trânsito (BRASIL, 2001).

Resultado similar foi encontrado em um estudo realizado em uma unidade de pronto de atendimento na região Sul do país. Embora os profissionais apresentem um interessante discurso sobre a integralidade e acessibilidade, observa-se que os serviços são extremamente burocratizados, compartimentados e, principalmente, voltados pontualmente para a resolutividade do processo de doença (VERSA et al., 2014).

Na voz dos sujeitos deste estudo, a superlotação do serviço impacta na realização do cuidado integral, aspecto corroborado por outra pesquisa que analisou a organização da assistência à saúde em uma unidade de emergência, cuja superlotação dos serviços e a falta de profissionais e equipamentos interferem na resolutividade dos atendimentos e na integralidade da assistência em saúde (SIGNOR et al., 2015).

As mesmas autoras afirmam que para que os serviços de saúde sejam resolutivos em suas áreas de abrangência, eles necessitam de infraestruturas que contenham em quantidade e qualidade: materiais e equipamentos, funcionários, organização para a atenção primária, secundária e terciária de saúde e, principalmente, a reconfiguração do processo de trabalho (SIGNOR et al., 2015).

Para os participantes deste estudo, trabalhar com um número reduzido de profissionais impossibilita a realização do cuidado integral.

De forma semelhante, estudo sobre o dimensionamento de pessoal em unidade de emergência hospitalar evidenciou que a inadequação do quadro de profissionais de saúde gera implicações diretas no desempenho das competências profissionais, resultando em prejuízo na qualidade da assistência, fragmentação do cuidado e incrementa os acidentes no trabalho e os eventos adversos (LORENZINI et al., 2014).

Por fim, é essencial que os profissionais da área da saúde repensem aspectos importantes da organização do processo de trabalho em emergência, com vítimas de ATT, em especial às questões de gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde, uma vez que as características dos agravos e o incremento de tecnologias neste setor sofrem mudanças de acordo com processo saúde-doença, mas os serviços ainda não acompanham estas transformações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender que o contexto organizacional do cuidado no atendimento às vítimas de ATT em unidade de emergência ainda não é compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais em especial por não articular-se intersetorialmente. As equipes de profissionais e a rede de serviços devem articular-se e assegurar o fluxo de atendimento de acordo com as necessidades dos pacientes na tentativa de garantir a oferta de intervenções em promoção de saúde, na prevenção de doenças e reabilitação das vítimas de ATT. Contudo, o fato da unidade trabalhar com o ACCR já é uma aproximação da prática da integralidade em saúde.

Observou-se, de acordo com a concepção dos participantes, que no atendimento às vítimas de ATT, são mais valorizados os procedimentos técnicos voltados para a redução do risco iminente de morte e que desconhecem o potencial de cuidado do setor, ou formas mais amplas e contextualizadas e de se prestar o cuidado integral a este grupo. Consequentemente estes aspectos promovem a descontinuidade da atenção, que culmina com a sobrecarga da unidade.

Como sugestão para o serviço de emergência em estudo identificou-se algumas possibilidades de ações que aproximem a assistência ao cuidado integral aos acidentados pelo trânsito, sendo elas: a necessidade de maior articulação da emergência com outros setores da rede de saúde, a implementação de um protocolo instituído voltado para o atendimento de vítimas de ATT e não somente ao trauma, políticas públicas de saúde voltadas para a atenção dos jovens e adultos jovens do

sexo masculino (grupo mais vulnerável à ocorrência de acidentes) e a capacitação dos profissionais (dialógica e de conversação) voltada para um atendimento mais resolutivo que envolva os aspectos da prevenção, promoção e reabilitação em saúde.

As limitações deste estudo estão relacionadas com a escolha dos métodos de pesquisa. Esta pesquisa buscou um aprofundamento maior do assunto, em um determinado contexto e cenário, gerando assim uma alta validação interna e uma baixa validação externa. Isso não inviabiliza seus resultados, pois é somente uma questão de escolha. Para superar esta questão, adotou-se a estratégia de seleção de um número maior de participantes e de diferentes profissionais da unidade, onde se buscou uma compreensão mais detalhada do processo e verificação da confiabilidade dos dados.

Outra questão interveniente em relação à coleta de dados por meio de entrevistas, é que há a possibilidade do entrevistado omitir certos fatos julgados comprometedores. No entanto, para superar essa limitação, a pesquisadora primou por um clima de confiança entre entrevistado-entrevistadora, além de firmar o compromisso ético pautado no termo de consentimento livre e esclarecido assinado entre as partes.

Não se pode esquecer ainda que o fenômeno abordado nesta pesquisa e suas soluções, muitas vezes possuem raízes em fatores mais amplos, como econômicos, políticos e culturais. Ou seja, esses fatores não podem ser esquecidos ao se fazer uma análise do cuidado, bem como seus reflexos nos aspectos técnicos e de gestão. Salientamos ainda que o setor de emergência é muito amplo e complexo, e não deve ser tratado como uma simples unidade hospitalar.

Encerra-se desta forma, as considerações finais deste estudo, ressaltando que os resultados (a teoria) podem auxiliar na elaboração de diretrizes e estratégias operacionais para a materialização do cuidado. Além disso, a TFD desenvolvida está em constante atualização, é um processo inacabado e aberto a continuidade e a complementação de novas pesquisas.

Como recomendação para trabalhos futuros sugere-se pesquisas posteriores em outros contextos de cuidado às vítimas de ATT, bem como incorporar outros paradigmas, invocando assim a complexidade da questão estudada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 737**, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [Internet]. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, D.; SANTOS, A. Desafios do enfermeiro frente às causas de mortes em adultos jovens na cidade de Manaus: 2008/2012. **BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaude em Sociogerontologia**, v. 6, n. 2, 2015.

BRITO, K.D.J. A dimensão do acolhimento em unidade de pronto atendimento (UPA): um olhar na perspectiva do serviço social. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 108-121, 2016.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

DESLANDES, S.F., MINAYO, M.C.S., LIMA, M.L.C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.24, n.6,p.:430-440, 2008.

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Artmed Editora, 2010.

GARQUE, K.C.G.D. **Teoria Fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória**. In: MUELLER, S. P. M. (org.) Métodos para a pesquisa em Ciências da Informação. Brasília: Thesaurus, 2007, p. 107-142.

GUEDES, H.H.S. et al. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009.

GOMES, L.N.; KOIFMAN, L. Comprehensive health skills for intern medical students from UFF. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 4, p. 506-515, 2012.

LORENZINI, E. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: revisão integrativa DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v13i1. 15959. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 166-172, 2014.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JÚNIOR, H.M.M.. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado**. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. 2013.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SIGNOR, E. et al. Desafios na estruturação e organização de serviços de pronto atendimento no sistema público de saúde. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 175-182, 2015.

SILVA, D.S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 211-219, 2014.

SILVA, S.; CARMO, F. Princípio da Integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 94-107, 2016.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S.. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, 2016.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 263-271, 2011.

SOUZA, C.R.; BOTAZZO, C. Social construction of health demand. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VERSA, G.L.G.S. et al. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviços de emergência hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 21-28, 2014.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 213-223, 2010.

WEYKAMP, J.M. et al. Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 16, n. 3, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence: the facts**. Geneva: World Health Organization; 2010.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, retomam-se os principais achados da pesquisa, pontuam-se algumas limitações do estudo e apontam-se possíveis desdobramentos para investigações futuras com relação à problemática em foco.

Foi questão norteadora desta pesquisa: Qual é o significado atribuído por enfermeiros ao cuidado integral prestado às vítimas de acidentes de transporte terrestre em um serviço de emergência? Para responder a este questionamento, traçou-se como objetivo: compreender o significado atribuído por enfermeiros ao cuidado integral às vítimas de acidentes de transporte terrestre em um serviço de emergência.

Para atingir este objetivo foi realizado um estudo que utilizou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como referencial metodológico com coleta de dados em dois grupos amostrais compostos por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e psicólogo. O cenário do estudo foi um hospital geral, referência em atendimento ao trauma, no município de Florianópolis-SC. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais e analisados mediante codificação aberta, axial e seletiva.

A compreensão do significado do cuidado integral à vítima de ATT em unidade de emergência, possibilitou revelar o fenômeno Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre definido pela inter-relação de cinco categorias e respectivo Modelo Teórico construído a partir das mesmas: Organizando o processo de cuidado para o atendimento às vítimas de ATT (Contexto), Buscando superar coletivamente as dificuldades do trabalho em emergência (Condições Intervenientes); Proporcionando o cuidado integral (Estratégias), Constituindo-se como um serviço de referência para o atendimento às vítimas de ATT (Condições Causais) e Percebendo o empenho da equipe de saúde para prestar um cuidado integral (Consequências). O desenvolvimento desta pesquisa, amparada no princípio da Integralidade em Saúde e na Teoria Fundamentada dos Dados, permitiu a aproximação da pesquisadora com a realidade estudada. Também oportunizou reconhecer que a pesquisa foi longa e difícil, dado a complexidade de seu tema e em procurar compreender o cuidar pela percepção do outro, pois cada profissional tende compreender o próximo de acordo com sua especificidade.

Pode-se afirmar que o objetivo proposto por este estudo foi atingido ao se perceber pelo modelo teórico que devido à multiplicidade de fatores que inferem na ocorrência dos ATT e à magnitude de suas

consequências, não se concebe o cuidado integral as vítimas de ATT se não as compreender como um todo indivisível.

Este estudo permitiu compreender o contexto da organização do cuidado à vítima de ATT na emergência hospitalar ainda é incipiente enquanto desenho tecnoassistencial e não favorece a construção coletiva da integralidade do cuidado em saúde devido ao seu distanciamento da atenção básica.

Uma mudança importante a desenvolver será formar um conjunto articulado de serviços com os serviços básicos, como os ambulatórios e hospitais especializados, como forma de melhor acolher e de se responsabilizar pelos problemas de saúde das vítimas acidentadas.

As dificuldades apontadas pelos participantes para a prestação do cuidado integral às vítimas de ATT são em grande parte as mesmas aplicáveis ao contexto geral dos atendimentos no setor de emergência. Estas dificuldades contrapõem não só ao ideário do princípio da Integralidade em saúde mas também à outras diretrizes do SUS como a Universalidade e Equidade. Impactam em especial na prestação ao cuidado integral os seguintes aspectos sinalizados pelos respondentes: condições precárias de trabalho, o excesso de pacientes, a sobrecarga dos funcionários, falta de capacitação e treinamento, o número insuficiente de profissionais de saúde para o atendimento, internar pacientes graves ao lado de pacientes menos graves entre outros.

Ainda assim, a prática humanizada de acolhimento e a incorporação de acompanhantes e familiares na internação foram consideradas iniciativas de sucesso a favor da assistência em Integralidade.

Os resultados do estudo contribuíram para o aprimoramento da concepção de cuidado integral da pesquisadora sobre o contexto dos ATT em ambiente hospitalar, ao deparar com as percepções dos profissionais que atendem diariamente aos acidentados no trânsito. Neste sentido, nota-se o quanto é imprescindível que as ações dos profissionais de saúde no atendimento às vítimas de ATT transcendam o espaço hospitalar. Para tal, há a necessidade de interlocução entre os níveis de complexidade para além da hierarquização dos serviços de complexidade, viabilizando assim a materialização de Redes de Atenção de Saúde, que são os cuidados primários, a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de UE.

Este estudo apresenta limitações de uma pesquisa qualitativa, a qual não visa generalizações, porém seus achados podem ser aplicados em realidades com características semelhantes. O inventário em uma única unidade de emergência revela uma perspectiva incompleta, por

não representar necessariamente toda a população. Por outro lado, o objetivo desta pesquisa não é generalizar as conclusões para o universo das emergências brasileiras, mas sim obter uma compreensão mais profunda do processo de cuidar tal como é vivido pelos cuidadores.

A existência de pouca literatura que aborde a assistência integral aos indivíduos vitimados nos ATT, limitou a discussão e comparação dos resultados com outros contextos.

Acredita-se que a construção do modelo teórico, a partir das experiências dos enfermeiros, fomenta discussões a respeito da influência destes resultados nas relações cuidativas das vítimas de ATT, proporcionando a elaboração de um referencial teórico que norteie a prática assistencial, permitindo também o avanço em termos de conhecimento teórico para a enfermagem.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Rev. de Direito Sanitário**, v.15, n.1, p.10-39, 2014.
- ALMEIDA, N.D. Os acidentes e mortes no trânsito causados pelo consumo de álcool: um problema de saúde pública. **Rev. de Direito Sanitário**, v.15, n.2, p.108-25, 2014.
- ALMEIDA, R.L.; BEZERRA FILHO, J.G.; BRAGA, J.U. et al. Man, road and vehicle: risk factors associated with the severity of traffic accidents. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.4, p.718-731, 2013.
- ALVES, T.F. Fatores estressores da equipe multiprofissional no atendimento pré-hospitalar. **Revista Científica Integrada**, n.2, 2013.
- ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos Processos Assistenciais na Atenção Básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. (Org.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 19-27.
- ARAÚJO, E.M.; ARAÚJO, T.M.; SANTANA, F. Distribuição desigual da mortalidade por causas externas: Avaliação de aspectos socioeconômicos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29, n.2, p. 262-72, 2014.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.
- AROUCA, A.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ASSIS, M.M.A. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.297, 2014.
- ASSIS, M.A. et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO. **A década de segurança do trânsito no Santa Catarina.** [S.l.: s.n.], 2013.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. Demonstrating nursing care as a social practice. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 988-94, 2009.

BARBOSA, S.A.; MARANHÃO, D.G. O cuidado como essência e identidade profissional do enfermeiro. **Rev Enferm UNISA**, v.13, n. 2, p. 130-136, 2012.

BAZEMORE, A. et al. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n. 3, p. 206-213, 2015.

BERNARDES, A. et al. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.3, p. 635-643, 2014.

BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E.; CIAMPONE, M. H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 36-40, 2006.

BEZERRA FILHO, J.G., MACEDO, M.C.M., GAMA, I.S. **Violências e acidentes: uma abordagem interdisciplinar.** Fortaleza: Edições UFC, 2013. 413 p.

BRASIL. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRITO, M.J.M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery**, v.17, n.4, p.603-10, 2013.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev C S Col**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Care and the social construction of the person: contributions towards a general theory. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CAMPOS, J.S.; JORGE, M.H.P.M. Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, v.6, n.1, p.29-41, 2013.

CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1998.

CARBOGIM, F.D.C., FRIEDRICH, D.B.D.C., PÜSCHEL, V.A.D.A. et al. Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: um enfoque histórico-cultural. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.4, n.1, p. 961-70, 2014.

CASAROLLI, A.C.G. et al. Educação em saúde para o trânsito em uma unidade pediátrica de hospital público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.13, n.4, p. 650-56, 2014.

CASTRO, M.; PEREIRA, W.R. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 3, p. 486-493, 2011.

- CAVALCANTI, C. D. K.; ILHA, P.; BERTONCELLO, K. C. G. O cuidado de enfermagem a vítimas de traumas múltiplos: uma revisão integrativa. **UNOPAR Cient., Ciênc. biol. Saúde**, v.15, n.1, p.81-8, 2013.
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272 p.
- CHEADE, M.F.M. et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.3, 2013.
- COIMBRA, V.C.C. et al. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do centro de atenção psicossocial com vistas à integralidade. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v.5, n.2, 2013.
- COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p.1088-1095, 2012.
- COSTA, N.M., MELLO, R.Z.R., OLIVEIRA, T.C.D.M. et al. A Ótica empreendedora do enfermeiro: Capacitação e atuação de profissionais no transporte aeromédico. **NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, v.3, n.5, 2013.
- CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso, 2014.
- CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010.
- CROSSETTI, M.; GOES, M.; BRUM, C.N. Procedimentos para aplicação da teoria fundamentada em dados nas pesquisas em enfermagem. **CIAIQ2015**, v. 1, 2015.
- CHRISTÓFARO, M.A.C. **A integralidade e a competência coletiva como significados e rumos para a transformação do cuidado em saúde como prática social**. Brasília: UNB, 2008. 9 p.
- DALBEM, G.G.; CAREGNATO, R.C.A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 728, 2010.

DANTAS, C.C. et al . Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009 .

DELLA ROCCA, G.J. et al. Opportunities for Knowledge Translation in the Decade of Road Traffic Safety. **J Orthop Trauma**, v. 28, n.6, 2014.

DIAS, M.S.A. et al . Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 11, p. 4371-4382, nov./2014 .

DIAS, D.S.; SILVA, M.F. **Como escrever uma monografia**: manual de elaboração com exemplos e exercícios. São Paulo: Atlas, 2010.

DRESCH, A.; LACERDA, D.P.; JÚNIOR, José Antonio Valle Antunes. **Design science research**: método de pesquisa para avanço da ciência e tecnologia. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015.

FELISBERTO, E. Vigilância em Saúde: eixo orientador necessário a um adequado planejamento da descentralização e regionalização do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1198, 2013.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

FREITAS, I.A. Serviço de atendimento móvel de urgência: perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito com vítimas motociclistas. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste, v.5, n.2, p.18-28, 2012.

FREITAS, R.A. et al. Organ and tissue donation for transplantation from fatal trauma victims. **Transplantation proceedings**. Elsevier, 2015. p. 874-878.

FURTADO, L.A.C.; TANAKA, O.Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 587-595, 1998.

GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Artmed, 2010.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory: The discovery of grounded theory strategies for qualitative research.** Chicago: [S.n.], 1967.

GOLIAS, A.R.C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.5, p.1235-46, 2013.

GOMES, I.M. et al. Grounded theory in nursing: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, v.9, n.1, p.466-474, 2014.

GOYANNA, N.F. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dos desafios às potencialidades. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, 2014.

GORIOS, C. et al. Acidentes de transporte de crianças e adolescentes em serviço de emergência de hospital de ensino, Zona Sul da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 4, p. 391-395, 2014.

GRIFFITH, R.; TENGNAH, C. Legal basis for standards of driving with diabetes. **British journal of community nursing**, v. 16, n. 1, 2011.

GUEDES, H.H.S. et al. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009.

GUZZOA, P.C., COSTA BM.C., SILVA, E.B. et al. Práticas de saúde aos usuários em situação de violência: da invisibilidade ao (des)cuidado integral. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 2, p. 100-5, 2014.

HERING, Constantine. **The guiding symptoms of our materia medica.** B. Jain Publishers, 2005.

IRVINE, A.; DREW, P.; SAINSBURY, R. 'Am I not answering your questions properly?' Clarification, adequacy and responsiveness in semi-structured telephone and face-to-face interviews. **Qualitative Research**, v.13, n.1, p.87-106, 2013.

JOAHL, H.; SCHEMITSCH, E.H.; BHANDARI, M. Why a decade of road traffic safety? **Journal of orthopaedic trauma**, v.28, p.S8-S10, 2014.

JULIÃO, E.F.; RIBEIRO, P.F.L.; GODOI, R.S. Juventude e violência: reflexões sobre os dados e perspectivas políticas no Brasil. **Movimento-revista de educação**, n. 3, 2016.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R., PEREIRA et al. Prática da integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, 2013.

KRUG, E.G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

KONDER, M.T.; O'DWYER, G. The emergency care units in the National Policy for Emergency. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LIMA, L.L.; MOREIRA, T.M.M.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n.4, p.14-22, 2013.

LINS, T.H.; LIMA, A.X.B.C., VERÍSSIMO, R.C.S.S. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. **Rev. eletrônica enfermagem**, v.15, n.1, p. 34-43, 2013.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAGALHÃES, A.P.N. **Acidentes de trânsito com adultos e suas consequências após a alta hospitalar**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2014.

MAIA, F.E.S.; SOUSA, L.A.A. A produção do serviço de urgência e emergência como espaço para inserção da epidemiologia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 4, p. 249, 2015.

MANSOURIAN, Y. Adoption of grounded theory in LIS research. **New Library World**, v. 107, n. 9/10, p. 386-402, 2006.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

MALTA, D.C.; SILVA JR, J.B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; BARBOSA, J. Violências e acidentes, um desafio ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2220, 2012.

MARÍN-LEÓN, L.; BELON, A.P.; BARROS, M.B.A.; ALMEIDA et al. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 39-51, 2012.

MATHEUS; M.C.C., FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Medica Paulista Editora; 2006.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Direito, necessidades de saúde e integralidade**: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 33-46, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MATTOS, R.A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns

valores. **Estado, sociedade e formação profissional: contribuições e desafios em**, v. 20, p. 313-52, 2008.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENDES, G.C. O Dever do Estado com Relação à Saúde: Sentido e Alcance do Princípio da Integralidade. **Revista Jurídica da Procuradoria-Geral do Distrito Federal**, v. 39, n. 1, p. 235-56, 2014.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. PINHEIRO R., MATTOS R. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco, 2005.

MESQUITA FILHO, M.; SILVA, F.M.; VEIGA, V.T. Acidentes de trânsito ocorridos antes e depois da legislação restritiva ao consumo de bebidas alcoólicas. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 22, n. 3, 2013.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11(Sup): p.1259-1267, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1641-1649, 2009.

MINAYO, M.C.S.; GOMES, R.; DESLANDES, S.F. **O Desafio da Pesquisa Social**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MORAIS NETO, O.L.M. et al. Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2223-2236, 2012.

NOVOA, A.M; PEREZ, K; BORRELL C. Efectividade de lãs intervenciones de seguridad vial basadas em La evidencia: una revision de la literatura. **Gaceta Sanitária**, v.23, n.6, p.553-14, 2009.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.1, p.199-210, 2013.

OLIVEIRA, I.C.; BALARD, C.R.; CUTOLO, L.R.A. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva. **Saúde & Transformação Social**, v.4, n.1, p.69-72, 2013.

OLIVEIRA, N.L. **Práticas educativas e integralidade na saúde da família**: um estudo etnográfico. 2013. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2013.

OLIVEIRA, N.L.B., SOUSA M.C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.11, n. 6, p. 749-756, 2003.

OLIVEIRA, R.J. Integralidade da assistência: um desafio para a saúde pública. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.4, n.2, p.49-61, 2014.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Global Status. **Report on Road Safety 2013**. Supporting a Decade of Action. Luxembourg: WHO, 2013. 303 p.

OMS, Organização Mundial da Saúde. CID-10 **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v.1.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10a rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1993. v.1.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Prevenção de lesões causadas pelo trânsito**. Manual de treinamento, 2011.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIVA, L. **Qualidade de vida relacionada à saúde e retorno ao trabalho de vítimas de acidentes de trânsito**. 2013. 101 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2013.

PEREIRA, I.G.; NEVES, F.S. Comportamentos de risco: uma revisão bibliográfica sobre as causas de acidentes de trânsito nos últimos 10 anos. **Revista Cereus**, v.5, n.2, p.70-87, 2013.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidentes de trânsito. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.3, p.279-83, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, L.F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano, In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, p. 23-38, 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORCHIA, B. R. et al. Effectiveness of two interventions in preventing traffic accidents: a systematic review. **Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità**, v.26, n.1, p.63, 2014.

PORTUGAL, L.S.; SANTOS, M.P.S. Trânsito urbano: a violência e o seu contexto político. **Revista de Administração Pública**, v.25, n.3, p.185-97, 2013.

RANGEL, R.F.; ILHA, S.; BACKES, D.S. Percepção de docentes e discentes de enfermagem sobre cuidado integral: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, 2015.

REIS, C.V.R. O uso da descoberta de conhecimento em Banco de Dados nos acidentes da BR-381. **Projetos e Dissertações em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento**, v. 3, n. 1, 2014.

ROMER, D. et al. Adolescence, attention allocation, and driving safety. **Journal of Adolescent Health**, v. 54, n. 5, p. S6-S15, 2014.

ROCHA, T.B. **Vivências do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência: detalhes de um grande desafio.** 2013. 91 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

RODRIGUES, J.P.; CUNHA, M.I.A.F.; COSTA, R.P. Prevalência e consequências da violência no trânsito em usuários do SUS. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v.8, n.46, 2014.

ROMER, D. et al. Adolescence, attention allocation, and driving safety. **Journal of Adolescent Health**, v. 54, n. 5, p. S6-S15, 2014.

ROZESTRATEN, R.J.A. A dependência-independência do campo e o comportamento do motorista em situação específica do trânsito. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.34, n.2, p.28-43, 2014.

SANTOS, D.B.; FIGUEIREDO, K.L.; HORTA, N.C. A integralidade e a prática do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Enfermagem Revista**, v. 17, n. 1, p. 83-99, 2014.

SANTOS, H.S. Avaliação da rede de unidades básicas de saúde com foco na integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.2, p.590, 2013.

SANTOS, J.L.G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.2, p.257-63, 2013.

SANTOS, M.M.A.S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M.R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, 2012.

SANTOS, A.M.R.; RODRIGUES, R.A.P.; DINIZ, M.A. Trauma no idoso por acidente de trânsito: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 162-172, 2015.

SELDÉN, L. On grounded theory-with some malice. **Journal of Documentation**, v. 61, n. 1, p. 114-129, 2005.

SCARPETTA, J.; GONÇALVES, O.O. Incentivos fiscais e o aumento de custos da saúde pública: o caso da “epidemia” de motocicletas no Brasil. **Veredas do Direito: Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável**, v. 12, n. 24, p. 227-255, 2016.

SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F.L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.4, p.971-79, 2013.

SCHWARZ, F.S. **Análise espacial de acidentes de trânsito**: discussão sobre a segurança viária em Porto Alegre (RS). 2014. Monografia (Bacharel em Geografia) – Instituto de Geociência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SENA, R.R. et al. O cuidado no trabalho em saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 24, p. 23-34, 2008.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Florianópolis: DIVE, 2010.

SILVA, S.; CARMO, F. Princípio da Integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 94-107, 2016.

SILVA JUNIOR, J.B.; MALTA, D.C. Avaliação de políticas e ações voltadas a prevenção de acidentes de trânsito e violências no Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, v.22, n.3, p.371-72, 2013.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**, p. 27, 2007.

SILVA, P.H.N.V. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade por motocicletas no Estado de Pernambuco**: uma exacerbação da violência social. 2012. 122 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE). 2012.

SOARES, R.S.A.; SILVA, R.M.D.F.; DÉCIMO, E. et al. O enfermeiro cuidando de paciente com lesão de pele pós-traumática por acidente de trânsito. **Revista Contexto & Saúde**, v.11, n.20, p.1115-8, 2013.

SOUSA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade.** 2008. 333 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SOUZA, M.F.M. et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 33-44, 2007.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa:** Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, 2002. 323p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUCUPIRA, A.C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v.4, n.1, 2013.

TAROZZI, M. **O que é grounded theory?** Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 4, p. 91-113, 2003.

TERRA, M.G., CAMPONOGARA, S.; SILVA, L.C.; GIRONDI, J.B.R. et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, vol.15, n. especial, p.164-69, 2006.

TOLOTTI, V.C.; SILVA, L.A.A. Caracterização das vítimas de trauma atendidas em emergência hospitalar no norte do estado do Rio Grande do Sul. **Revista Contexto & Saúde**, v.4, n.7, p.191-8, 2013.

UCHOA, S.A.C.; COSTA, I.K.F.; DANTAS, R.A.N. Os sentidos da integralidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 12, 2015.

VALE, G.E.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.1, p. 106-13, 2011.

VASCONCELLOS, E. A. Road safety impacts of the motorcycle in Brazil. **Int J Inj Contr Saf Promot.**, v.20, n.2, p.144-51, 2013.

VERAS, R.P.; CALDAS, L.B.M.; MOTTA, L.B.; LIMA, K.C. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.2, p.357-65, 2014.

VERONESE, A.M, OLIVEIRA, D.L.L.C. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos moto-boys: subsídios para a promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2717-21, 2006.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery**, v.17, n.1, p.133-41, 2013.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.1, p.213-23, 2010.

XAVIER, C.; GUIMARAES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence: the facts**. Geneva: World Health Organization; 2010.

ZABEU, José Luís Amim et al. Perfil de vítima de acidente motociclístico na emergência de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.48, n.3, p.242-45, 2013.

ZHANG, G.; YAU, K.K.W.; CHEN, G. Risk factors associated with traffic violations and accident severity in China. **Accident Analysis & Prevention**, v.59, p.18-25, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista

ENTREVISTA Nº	DATA: ___/___/2015
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nome/codinome: 2. Data de nascimento: 3. Sexo: () Feminino () Masculino 4. Titulação: 5. Função: 6. Tempo de experiência na função em que trabalha: 7. Tempo de trabalho na instituição: 8. Tempo de formação profissional: _____ 	

Parte I – Lembrando o objetivo da entrevista.

Parte II – Contrato de sigilo.

Roteiro entrevista semiestruturada:

1. Conte-me sobre o seu trabalho na unidade de emergência do hospital.
2. Como ocorre o atendimento aos acidentados pelo trânsito?
3. Como você participa do atendimento aos acidentados no trânsito?
4. Quais outros profissionais participam deste atendimento? Como você percebe a atuação deles?
5. Quais são os encaminhamentos adotados após o primeiro atendimento ao paciente acidentado pelo trânsito?
6. O que significa para você o cuidado integral a um paciente acidentado no trânsito?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: **“SIGNIFICADO ATRIBUÍDO POR ENFERMEIROS AO CUIDADO INTEGRAL A PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO TERRESTRE**, que compreende a dissertação de mestrado da Enfermeira Walnice Jung, e orientado pela Professora Enfermeira Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento. Este estudo tem como objetivo, compreender o significado atribuído por enfermeiros acerca do cuidado integral a pacientes vítimas de acidente de trânsito terrestre.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, e não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada com perguntas fechadas e abertas elaboradas pela própria pesquisadora e que será gravada e transcrita na íntegra através de dispositivo eletrônico. O estudo poderá trazer aos participantes, baixo risco de ordem psicológica, devido às recordações de lembranças de situações difíceis e dolorosas. No intuito de minimizar esses possíveis danos, a pesquisadora se propõe encaminhar o respondente, ao serviço de atenção psicológica do Hospital Celso Ramos àqueles que por ventura vierem a necessitar e verbalizar o desconforto, bem como oferecer

atualizações para os profissionais sobre a temática, caso considerarem necessário.

O estudo não acarretará nenhum tipo de custo, e como benefício identificará as ações promocionais de saúde implantadas pelos diversos órgãos relacionados à segurança de transportes e no fortalecimento da articulação intersetorial, interinstitucional destas medidas.

Você possui o direito de recusar-se a participar do estudo, mas caso você aceite a participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo e nas publicações que dele decorrerem, ficando sob o domínio da pesquisadora por cinco anos, sendo destruídos após este prazo.

Este estudo só será desenvolvido, pois foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). O CEP é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética.

A qualquer momento, se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo, poderá entrar em contato com a mestrandia Walnice Jung, pelo telefone: (48) 9161.4747 e e-mail: walnicejung@gmail.com, ou com a orientadora Eliane Regina Pereira do Nascimento, pelo telefone: (48) 9105.1202 e email: pongopam@terra.com.br. E se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você também pode entrar em contato com o CEP da UFSC pelo telefone (48) 3721.9206 ou pelo email: CEP.propesq@contato.ufsc.br. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O presente termo será disponibilizado em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e uma com o participante do estudo.

Pesquisadora:

Enf^a Mestranda Walnice Jung

Orientadora:

Profa Dra Eliane Regina Pereira do Nascimento

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura:

_____ RG: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2015.

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina -
CEPSH/UFSC

Localizado no Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara).

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, Trindade,

Florianópolis/SC

CEP: 88040-400 - Contatos: (48) 3721-6094;

cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIGNIFICADO DO CUIDADO INTEGRAL A VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE ATRIBUÍDO POR ENFERMEIROS NA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS

Pesquisador: ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44545015.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.105.877

Data da Relatório: 08/06/2015

Apresentação do Projeto:

Este projeto vincula-se a um macro projeto do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde (GEASS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), intitulado "Ações de promoção da saúde na segurança de trânsito de municípios de Santa Catarina". O objeto de estudo desta pesquisa é o cuidado integral prestado por enfermeiros a pacientes vítimas de acidentes de transporte terrestre. Discorrer sobre os acidentes de transporte terrestre suscita uma reflexão mais ampla acerca do tema que se traduz como problema de saúde pública, em função da magnitude e sequelas orgânicas, que influenciam tanto a saúde individual quanto a coletiva, pois ocasiona danos, lesões, traumas e mortes, e repercute nos altos custos sociais, emocionais e na segurança pública. Considerando o exposto, elaborou-se este projeto de pesquisa com a intenção de responder ao seguinte questionamento: Qual é o significado atribuído pelos enfermeiros ao cuidado integral prestado aos pacientes vítimas de acidentes de transporte terrestre? Objetivo: compreender o significado atribuído por enfermeiros acerca do cuidado integral a pacientes vítimas de acidente de transporte terrestre. Procedimentos metodológicos: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que tem como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) que será desenvolvido na unidade de emergência do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), pois os acidentes de transporte terrestre sobrecarregam os atendimentos dos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Balno: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.pesq@contab.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.185/877

serviços de emergência. Em nenhum outro serviço de saúde esta forma de violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. E por ser o HGCR neste atendimento. Para a composição dos grupos amostrais será utilizada a estratégia de amostragem de rede, também conhecida como "bola de neve", a partir da qual se solicita aos primeiros informantes que indiquem outros participantes para o estudo com características semelhantes. Para composição do primeiro grupo amostral será adotado o critério de inferência, ou seja, iniciará com os enfermeiros do setor de emergência do Hospital Celso Ramos. Com base nos resultados iniciais obtidos com o primeiro grupo amostral, novos grupos amostrais serão compostos. O número de participantes, portanto, não será delimitado a priori; no entanto estima-se que este estudo poderá envolver de 20 a 30 participantes. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas individuais, que serão gravadas e armazenadas em um dispositivo digital eletrônico de áudio. A anuência do participante, livre de dependência, subordinação ou intimidação será esclarecida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento em que os dados serão coletados, o qual poderá ser lido e esclarecida quaisquer dúvidas sobre a pesquisa na presença do pesquisador. O mesmo será composto e assinado em duas vias de igual teor, uma delas ficará de posse do entrevistado e a outra do pesquisador. A coleta de dados está condicionada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes serão previamente informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa; de modo claro e transparente, receberão informações sobre os procedimentos necessários e sobre os eventuais desconfortos e/ou riscos que possam vir a ocorrer e será garantida a eles a isenção de qualquer ônus por participarem da pesquisa. Os entrevistados serão identificados por codinomes. Será respeitada sua liberdade de decidir participar ou não do estudo, bem como de desistir de participar em qualquer fase da pesquisa, se houver de sua parte manifestação desse desejo. Aos participantes será informado que seus dados poderão ser utilizados para estudos e levantamentos estatísticos, incluindo a possibilidade de publicação científica dos mesmos, sempre o fazendo de forma anônima e não identificada, garantindo-se integralmente a sua privacidade. Durante todo o processo de pesquisa, os dados serão mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo preservada a imagem dos participantes, a confidencialidade, garantindo-se a não utilização dos dados em prejuízo de pessoas ou comunidades, respeito aos valores culturais, morais e religiosos dos informantes. Ao término da pesquisa, os resultados serão compartilhados através de relatório de pesquisa e manuscrito a ser submetido para avaliação em periódico científico. Resultado esperado: Esta pesquisa poderá fomentar outros estudos, em especial da enfermagem, que contribuirão com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) além de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retiro II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Balneario: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cnp.proqpesq@contab.ufsc.br

Continuação do Projeto: 1.165477

que as análises e conclusões do estudo poderão trazer para subsidiar o replanejamento das ações dos atendimentos em unidades de emergência, visto se constituem no primeiro atendimento intra-hospitalar aos vítimas pelo trânsito. Ao término da pesquisa, os resultados serão compartilhados através de relatório de pesquisa e manuscrito a ser submetido para avaliação em periódico científico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o significado atribuído por enfermeiros acerca do cuidado integral a pacientes vítimas de acidente de transporte terrestre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes serão informados que estão previstos riscos de cunho psicológico e emocional advindos da reflexão sobre lembranças ou sentimentos que possam ter sensibilizado o participante ao cuidar de vítimas de acidentes de transporte terrestre. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional caso participante sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado a participação na pesquisa. Se o participante julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até o mesmo que considerar reestabelecido emocionalmente para o término da entrevista.

Benefícios:

Esta pesquisa poderá fomentar outros estudos, em especial da enfermagem, que contribuirão com a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (PNRAV) além de que as análises e conclusões desta investigação poderão trazer subsídios para o planejamento das ações dos atendimentos em unidades de emergência, visto se constituem no primeiro atendimento intra-hospitalar aos vítimas pelo trânsito. Ao término da pesquisa, os resultados serão compartilhados através de relatório de pesquisa e manuscrito a ser submetido para avaliação em periódico científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante porque poderá produzir referências e procedimentos essenciais ao salvamento de vidas quando do atendimento de vítimas de acidentes de trânsito.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória atendem a legislação pertinente.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Praça Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Balneário: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.projeto@contabo.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.155/77

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi aprovado por atender a legislação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 13 de Junho de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Balna: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contab.ufsc.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
 HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
 RUA IRMÃ BENWARDA – CENTRO – 88025-301–FLORIANÓPOLIS/SC
 TELEFONE: (48) 3251-7000

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "O CUIDADO INTEGRAL A VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO TERRESTRE: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO POR ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionada seu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR).

Florianópolis, 15/04/2015


 Dr. Laércio Sencini

Diretor Geral de Hospital Governador Celso Ramos

Kamila
 Recebido
 em Florianópolis

ANEXO C – GUIA DE VALIDAÇÃO DA TEORIA

Guiando a Matriz Conceitual para fins de validação da Teoria Substantiva

Construída na Investigação*⁴

Esta síntese foi construída para orientar os participantes para a validação da Teoria aqui nomeada de Matriz Conceitual. Tem como objetivo clarear a proposta metodológica da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), e assim facilitar o processo de validação.

Faremos inicialmente algumas explicações sobre o método e, em seguida as orientações para a validação da Matriz Conceitual.

A TFD é um método que explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e contribui para o desenvolvimento de teorias, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas de substantivas. A TFD consiste em uma forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por meio de um processo de coleta e análise de dados sistematicamente conduzidos. O resultado desse processo é uma **teoria** que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos.

Na nossa investigação a compreensão do significado da integralidade do cuidado às vítimas de acidentes de transporte terrestre vivenciada pelos profissionais de saúde no setor de emergência (teoria) foi expressa por conceitos organizados em categorias e subcategorias dinamicamente interligadas em um fenômeno nomeado Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre.

De maneira geral, as teorias são modelos conceituais que permitem acumular e organizar descobertas resultantes das investigações. Consistem em conceitos e relações. Os conceitos, ou as principais ideias expressas por uma teoria, podem existir num *continuum*, partindo do concreto para o abstrato. Quanto mais abstrato for o conceito, maior será a amplitude das suas definições. As teorias são conjuntos sistemáticos de ideias que explica o que está acontecendo. Respondem ao “como” e ajudam a interpretar e a compreender os

⁴ Adaptado de SOUSA, 2008.

fenômenos e preveem ou apontam para o que pode acontecer no futuro. Na TFD a teoria (substantiva) é delimitada a partir de cinco elementos:

contexto (onde ocorre o fenômeno);

condições causais (são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou o desenvolvimento de um fenômeno);

condições intervenientes (são ações que alteram o impacto das condições causais: podem facilitar ou dificultar);

estratégias (são respostas das pessoas ou grupos aos acontecimentos ou fatos) e

consequência (são os resultados das ações).

Para a validação da Teoria elaborada, desejamos que vocês olhem para a figura da mão com água e para as categorias expressas como contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e consequências e avaliem se esse diagrama e seu conjunto representa a integralidade do cuidado às vítimas de acidentes de transporte terrestre em unidade de emergência. As sugestões poderão ser inseridas na própria figura ou em comentários descritivos.

O que desejo que avaliem:

A figura revela a integração das categorias?

A teoria explicita a integralidade do cuidado aos vitimados pelos acidentes de transporte terrestre construção?

As categorias estão bem nomeadas?

Os conceitos (categorias) são abstratas? Tem poder de generalização?

O fenômeno Promovendo a integralidade no atendimento às vítimas de acidente de transporte terrestre revela a integralidade como processo em construção?

As categorias se inserem realmente como contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e consequência?

De modo resumido a teoria elaborada na investigação indicou a potencialidade para o desenvolvimento de práticas integrais no cuidado à vítima de acidentes de transporte terrestre o contexto de mudanças vivenciadas no setor de emergência, por experiências bem sucedidas em especial pelo Acolhimento com Classificação de Risco. Deixou clara a necessidade de afastar as práticas profissionais da centralidade da doença e dirigir-se para os usuários e sua família como sujeito de direitos. O que implica não só empregar as práticas medicalizadoras e que as ações e atitudes dos profissionais e gestores se aproximem da promoção e prevenção dos ATT como um caminho à integralidade do cuidado. Pois a integralidade do cuidado pressupõe estabelecer relações de troca através da escuta e conversa qualificadas com o paciente para

identificar as suas reais necessidades. Pensar a integralidade do cuidado pelo trabalho interdisciplinar e em equipe é pensar na diversidade, nos processos de interação, conflitos, contradições. Significa estabelecer trocas e estratégias de cuidado (construindo estratégias de cuidado) como fio tecedor da integralidade.

Nessa figura da mão simbolizando o fenômeno há uma relação, de valores cuja dinâmica pode ser alterada pelos modos como os profissionais se posicionam nesse cuidado.

A teoria que revela que é no cotidiano das práticas profissionais que será construído o afastamento da dimensão racional do biológico e aproxima-se da subjetividade que a integralidade do cuidado exige. Parece-nos que os desafios para a integralidade do cuidado dirigem-se às práticas dos trabalhadores de saúde no sentido de que estes sejam capazes, em um diálogo recursivo, gerar acolhimento, vínculo e responsabilização em um esforço para desfragmentar o atendimento e gerar um legítimo encontro com o outro – paciente e família.

São movimentos dinâmicos e complementares para recuperar e retomar o caminho do cuidado defendendo o enfoque que prioriza a integralidade. São movimentos de saberes, de habilidades, de competências e de desejos para o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a criança em todas as suas demandas num enfoque familiar, social e epidemiológico.

Pode-se pensar que a integralidade do cuidado coloca-se entre conflitos, contradições, incertezas e expectativas vivenciadas no cotidiano de gestores, profissionais e mães. Nesse contexto, constroem-se relações, interações, encontros, desencontros, ações, atitudes, que muitas vezes não são ditas, mas são explicitadas nas intenções, nos desejos e vontades daqueles que trabalham em emergência. É sobre essa dimensão, às vezes clara e concreta, outras vezes, nem tanto, que emergem os limites e as possibilidades de garantir a integralidade do cuidado a um acidentado, numa mão simbolizando o cuidado.