

O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito*

PREHOSPITAL TEAMWORK LIFE SUPPORT SERVICE FOR TRAFFIC ACCIDENT VICTIMS

EL TRABAJO EN EQUIPO EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

Waleska Antunes da Porciúncula Pereira¹, Maria Alice Dias da Silva Lima²

RESUMO

O estudo tem por objetivo caracterizar o trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidente de trânsito, identificando as atividades dos atores, o trabalho em equipe e as relações com atores de outras áreas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que se utilizou, para coleta de dados, a observação das ocorrências atendidas por um serviço público de Porto Alegre, além de entrevistas com todos os profissionais envolvidos nessa assistência. Os resultados demonstram que o atendimento pré-hospitalar está alicerçado no trabalho em equipe, sendo fundamental um entendimento entre os profissionais que transcenda a relação hierárquica historicamente encontrada nas organizações de saúde. Evidencia-se a necessidade de valorização do campo de conhecimento ampliado, que está associado ao núcleo das atividades cuidadoras, e que respondem à maior parte das necessidades apresentadas pelas vítimas de trauma.

DESCRITORES

Acidentes de trânsito.
Socorro de urgência.
Serviços médicos de emergência.
Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

The objective of this study is to characterize prehospital teamwork service for traffic accident victims, identifying the actors' activities, the teamwork and the relations with actors from other areas. This is a qualitative study, in which data collection took place by observing the events that occurred at a public service in the city of Porto Alegre, in addition to interviews with each professional involved in the service. The results showed that prehospital care is founded on teamwork and that the understanding among professionals should go beyond the historical hierarchic relation existing in health organizations. There is a need to value the broad field of knowledge, which is associated with the core of care activities that meet most trauma victim needs.

KEY WORDS

Accidents, traffic.
Emergency relief.
Emergency medical services.
Patient care team.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo caracterizar el trabajo en equipo durante la atención prehospitalaria a víctimas de accidente de tránsito, identificando las actividades de los actores, el trabajo en equipo y las relaciones con los actores de otras áreas. Se trata de una investigación cualitativa, en que se utilizó, para recolectar los datos, la observación de las ocurrencias atendidas por un servicio público de Porto Alegre y entrevistas con todos los profesionales que participan en esa asistencia. Los resultados demuestran que la atención prehospitalaria está basada en el trabajo en equipo, siendo fundamental el entendimiento entre los profesionales, lo que trasciende la relación de jerarquía, históricamente encontrada en las organizaciones de la salud. Se evidenció la necesidad de valorizar el campo de conocimiento ampliado, que está asociado al núcleo de las actividades del cuidado, y que responde por la mayor parte de las necesidades presentadas por las víctimas de trauma.

DESCRIPTORES

Acidentes de tránsito.
Socorro de urgencia.
Servicios médicos de urgencia.
Grupo de atención al paciente.

* Extraído da dissertação "Atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito: a organização do trabalho, seus atores e a Enfermagem", Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005. ¹ Mestre em Enfermagem. Especialista em Saúde Pública. Docente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. waleskaa@via-rs.net ² Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. malice@enf.ufrgs.br

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar (APH) móvel faz parte do sistema de assistência às urgências, constituindo-se um tipo de serviço de saúde recente no Brasil. Caracteriza-se por prestar assistência às pessoas em situações de agravos urgentes nas cenas em que os eventos ocorrem, garantindo atendimento precoce e adequado, assim como o acesso do usuário ao Sistema de Saúde. Esses eventos podem ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica, os quais causam sofrimento, seqüelas temporárias ou permanentes, podendo levar a vítima à morte⁽¹⁾.

O APH pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma. Os acidentes de trânsito, nas duas últimas décadas, têm sido uma das principais razões das mortes por causas externas no Rio Grande do Sul, tendo representado 26,6% desses óbitos, em 2006⁽²⁾. No atendimento às vítimas de trauma decorrente de acidente de trânsito, o atendimento pré-hospitalar móvel possibilita diminuir a mortalidade dos acidentados e minimizar as seqüelas decorrentes de um primeiro atendimento tardio ou inadequado⁽³⁾.

Na prática cotidiana dos serviços de APH, o trabalho se estrutura a partir de instrumentos tecnológicos e do estabelecimento de relações entre os atores, especialmente no atendimento à vítima de acidentes de trânsito, quando várias áreas se envolvem nessa assistência. O trabalho desenvolvido caracteriza-se como um trabalho coletivo, cujo resultado depende dos atos de cada um desses atores, que atuam de acordo com seus saberes e práticas específicos, e por todos eles no seu conjunto. As ações são desenvolvidas por vários profissionais, respeitadas as especificidades, competências e responsabilidades de cada membro da equipe.

No trabalho coletivo sempre há espaço para diálogo, para reflexão, tomada de decisão conjunta, na busca de um objetivo único que é a qualidade do cuidado prestado. A comunicação e a interação são potentes ferramentas desse trabalho, por meio do qual o trabalhador introduz mudanças na relação de poder existente, tanto entre categorias profissionais, quanto entre profissional-usuário⁽⁴⁾.

O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Na relação entre trabalho e interação, os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho⁽⁵⁻⁶⁾.

A finalidade do APH na assistência à pessoa que sofreu acidente de trânsito é mantê-la viva até a chegada ao local onde será possível curá-la, diminuir as seqüelas, possibilitando melhor qualidade de vida ou mesmo sua própria vida⁽³⁾. Considerando que o objeto de trabalho é a pessoa

vítima de trauma por acidente de trânsito e o tempo para cumprir com sua finalidade é extremamente curto, torna-se necessário uma organização do trabalho no APH fundamentado no trabalho em equipe.

As publicações referentes ao atendimento pré-hospitalar móvel ainda são incipientes no Brasil, especialmente enfocando o trabalho em equipe em situações que envolvem acidentes de trânsito. Portanto, este estudo, ao discutir a interação dos diferentes profissionais que se envolvem nesse tipo de atendimento e a articulação das ações executadas, pode contribuir para a organização do processo de trabalho.

Frente às questões levantadas, o objetivo deste artigo é caracterizar o trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar às vítimas de trauma, decorrente de acidente de trânsito, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, identificando as atividades dos atores e o trabalho em equipe, assim como a relação com os atores das outras áreas.

MÉTODO

As publicações referentes ao atendimento pré-hospitalar móvel ainda são incipientes no Brasil, especialmente enfocando o trabalho em equipe em situações que envolvem acidentes de trânsito.

Esta investigação caracteriza-se como um estudo exploratório e descritivo, com utilização da abordagem qualitativa como referencial metodológico⁽⁷⁾. A coleta de dados deu-se por meio de observação participante e entrevista semi-estruturada, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. É um serviço público municipal que desenvolve assistência em situações de urgência clínica ou traumática, em via pública ou domicílio, além do transporte, simples ou medicalizado, de pacientes.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais do SAMU envolvidos na assistência às vítimas, ou seja, médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e motoristas, além de bombeiros militares, quando estes estiveram atuando juntamente com a equipe de saúde.

As observações foram realizadas junto às equipes que mais realizaram atendimentos a acidente de trânsito, nos períodos em que havia número mais elevado dessas ocorrências geradas pelo sistema 192 na Central de Regulação do SAMU/POA. A observação foi registrada em diário de campo, conforme cronograma definido a partir da análise das informações presentes nas fichas de regulação de 1310 ocorrências de acidente de trânsito atendidas no período de julho a setembro de 2003⁽⁸⁾. Utilizou-se um roteiro específico, buscando-se relatar a ocorrência e as equipes envolvidas, descrever as atividades desenvolvidas pelos profissionais e aspectos relacionados à organização do trabalho, às relações entre os integrantes da equipe e com as outras equipes envolvidas no atendimento. Foram realizados quinze períodos de observação, totalizando 70 horas.

A escolha dos entrevistados foi definida observando-se os critérios necessários a uma abordagem qualitativa, de forma a privilegiar os sujeitos sociais que detinham os atributos que se pretendia conhecer e contemplando um conjunto de informantes diversificado, para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças⁽⁷⁾. A seleção dos sujeitos entrevistados foi definida pela quantidade de ocorrências em que cada profissional esteve envolvido, entre as que foram observadas. As entrevistas continham questões que abordavam as concepções dos profissionais sobre o trabalho que desenvolviam no APH e as relações que se estabeleciam entre eles nesse processo de trabalho. O critério para determinar o número de entrevistas necessárias foi o de saturação dos dados, que foi obtido com a realização de 12 entrevistas, contemplando três enfermeiras, três auxiliares ou técnicos de enfermagem, dois médicos, três motoristas e um bombeiro militar que também era auxiliar de enfermagem.

Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, por meio do parecer nº 046/2003. Os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo os aspectos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾.

A análise dos dados foi realizada seguindo diretrizes do método qualitativo: ordenação, classificação em estruturas de relevância, síntese e interpretação⁽⁷⁾. Os dados obtidos foram classificados e organizados em estruturas de relevância. Foram utilizadas categorias de análise que incorporaram as contribuições referentes às tipologias de trabalho em equipe caracterizadas como equipe agrupamento e equipe integração⁽⁶⁾ e os conceitos de núcleo cuidador, profissional específico e específico por problemas, que coexistem na produção de um ato de saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A organização do serviço de atendimento pré-hospitalar

O atendimento pré-hospitalar é uma organização recente como um serviço de saúde, sustentado por normalizações que datam de 1998. Antes desse período, funcionava por meio de parcerias do Corpo de Bombeiros com as Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, numa articulação entre bombeiros militares e médicos. Com as normalizações do Ministério da Saúde, ganha força a constituição da vertente civil, que caracteriza o APH como um serviço de responsabilidade da área da saúde, sob coordenação do profissional médico, seguindo o modelo clínico de atenção à saúde, caracterizado pela implantação de protocolos assistenciais.

Essa reorganização do APH provocou certa ruptura, em que a equipe de saúde, representada pelos médicos, assumiu a liderança do processo, enquanto os bombeiros militares, antes protagonistas, passaram a ter um papel mais periférico, junto com os outros profissionais não oriundos da área da Saúde.

O Corpo de Bombeiros teve uma atuação histórica importante no sistema pré-hospitalar antecedendo a política representada pelo SAMU. Em 1990, quando foi implementado o programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas, os serviços de atendimento pré-hospitalar vinculados ao Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, Curitiba, São Paulo e do Distrito Federal não só realizavam os serviços de atendimento como também lideravam treinamentos. Houve um grande investimento em capacitação de instrutores e em padronização de conteúdo didático e, a partir daí, foram treinados bombeiros de todos os estados da federação, dando início ao processo de implantação e fortalecimento do APH móvel executado pela Corporação Bombeiro-Militar em todo país⁽¹²⁾.

No Rio Grande do Sul, o serviço de APH iniciou em 1989, através do serviço organizado pelo Corpo de Bombeiros. A primeira portaria publicada em 1998 pelo Ministério da Saúde trouxe, nove anos depois, a responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar para o setor saúde. Antes disso, esse serviço era desenvolvido exclusivamente pelo Corpo de Bombeiros, como no Rio de Janeiro, ou deste em parceria com a Secretaria de Saúde, como em São Paulo e Paraná.

No Rio Grande do Sul o serviço de APH da Secretaria da Saúde ocupou um espaço, que estava sendo ocupado pelo Corpo de Bombeiros. Isso ficou evidenciado pelas entrevistas e pela quantidade de ocorrências atendidas pelos dois serviços, considerando-se todos os acidentes de trânsito, com vítimas, registrados em Porto Alegre no período de julho a setembro de 2003. O serviço de APH chegou a ser responsável pelo atendimento de 81% das ocorrências de acidente, enquanto o restante foi atendido não só pelos bombeiros, mas também pela Brigada Militar, EPTC, serviços privados ou a vítima foi removida por meios próprios⁽⁸⁾.

A comunicação e cooperação entre os modelos SAMU e Bombeiros vem ocorrendo de forma desigual entre as cidades brasileiras. O SAMU é visto por gestores e profissionais como uma iniciativa bem-vinda porque é capaz de agregar mais recursos e garantir maior cobertura. Mas também é avaliado como perda de espaço político e de financiamento do Corpo de Bombeiros, instituição que agrega, há décadas, uma grande experiência no APH. Essa nova realidade exige repactuações e articulações que envolvem aspectos colaborativos e conflituosos⁽¹²⁾.

No atendimento de acidente de trânsito, além da equipe de APH, envolvem-se outros atores como os agentes da Empresa Pública de Transporte Coletivo (EPTC), os policiais militares da BM, os bombeiros militares e, em alguns casos, técnicos da Companhia Estadual de Energia Elétrica (CEEE). O resgate de uma vítima envolve outros profissionais além de médicos e enfermeiros, como os bombeiros e policiais e a própria população. Para que o atendimento seja bem sucedido é necessário que todos estejam muito bem preparados, pois do contrário pode-se causar seqüelas irreversíveis⁽¹³⁾.

No APH, existe um conjunto de técnicas, que devem ser de domínio dos socorristas envolvidos na assistência às vítimas de trauma. Entre essas técnicas estão a desobstrução de vias aéreas, a imobilização da coluna cervical, a rolagem da vítima, colocação de KED, imobilização em maca rígida com a vítima em pé ou deitada, imobilização em caso de fraturas, controle de sangramento, que não são exclusivas dos profissionais de saúde, mas configuram o atendimento de suporte básico de vida, que pode ser realizado não só pelos bombeiros, mas também pela Brigada Militar e mesmo os agentes da EPTC.

O atendimento às vítimas de acidente de trânsito

As equipes de suporte básico são compostas por auxiliar ou técnico de enfermagem e motorista, embora, no período das observações, muitas vezes a enfermeira estivesse compondo a equipe em substituição ao auxiliar de enfermagem que estava em férias.

As atividades assistenciais são realizadas pelo auxiliar ou técnico de enfermagem com base na avaliação feita por ele, sendo solicitada orientação ao médico regulador sobre o que fazer somente quando há dúvidas quanto ao procedimento mais indicado, ou a gravidade da situação requer avaliação e intervenção médica.

[...] Quando eles (os auxiliares de enfermagem) estão sozinhos, eles fazem isso: eles punccionam o paciente, eles só não entubam, claro, não aspiram, fazem tudo o que tem que fazer, ...antes da presença do enfermeiro (E1).

Essa situação, em que o auxiliar de enfermagem presta toda a assistência necessária, realizando suas tarefas, independente de terem sido delegadas ou supervisionadas pela enfermeira, já vem sendo observada em estudos sobre a organização do trabalho da equipe de enfermagem⁽¹⁴⁾. Apesar da lógica da organização do trabalho ser da divisão parcelar do trabalho, não se verifica uma completa expropriação da concepção do trabalho, o que também se constatou no APH, visto que há um espaço de autonomia para que os socorristas tomem as decisões frente a cada situação de atendimento.

Esse modelo de organização do trabalho assemelha-se ao encontrado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em que os trabalhadores realizam os cuidados integrais, apresentando uma visão mais global das necessidades dos pacientes, o que potencializa a realização de um trabalho mais criativo. Esses serviços, assim como o APH, atendem pessoas em situação de risco de morte, que precisam de uma assistência de profissionais capazes de avaliar continuamente a sua evolução e de fazer as adaptações necessárias, o que não é alcançado com a divisão parcelar do trabalho. Nos cuidados integrais, as tarefas são realizadas no contexto da assistência e não como tarefa que pode ter um fim em si mesma, permitindo a realização de um atendimento mais cooperativo e integral, em que a separação entre saber e fazer é menor, constituindo-se numa possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho da enfermagem⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Na atuação dos auxiliares de enfermagem no APH, pode-se identificar um espaço de autonomia relativa para determinar os procedimentos que são necessários em cada situação de atendimento realizada. A existência de alguns protocolos e diretrizes de atendimento, instrumentalizando o profissional no momento da avaliação da situação e do paciente, são importantes ferramentas, aliadas à possibilidade de contato permanente com o médico regulador. Os auxiliares de enfermagem desenvolvem ações, dominando um certo espaço no processo de trabalho e exercendo autonomia no seu encontro com o usuário, possibilitando a existência de modos diversos de operar as intervenções tecno-assistenciais, confirmando análises realizadas⁽¹⁰⁾.

Os motoristas estão presentes nas equipes de suporte básico e nas equipes de suporte avançado. Atuam como condutores do veículo de socorro (ambulância ou veículo rápido), além de atuarem como socorristas.

[...] a gente trabalha assim, de auxiliar da auxiliar, ou da enfermeira, ou do médico, a gente auxilia conforme as condições (MO2).

[...] quando é sozinho, que é só o socorrista e o motorista... o motorista sempre ajuda. Então o socorrista vai fazer a primeira triagem... pra verificar as vítimas e o motorista abre a porta da ambulância e já desce o material [...] (B1).

Apesar de alguns relatos apontarem que não há muita diferença na atuação dos profissionais que compõem as equipes, ficou evidente a função auxiliar do motorista no socorro à vítima, mesmo na equipe de APH do Corpo de Bombeiros. Evidenciou-se a necessidade de haver um preparo de todos os profissionais que compõem a equipe de pré-hospitalar, especialmente o motorista, pois, apesar de não ter formação na área da saúde, ele é imprescindível no atendimento prestado pela equipe de suporte básico, em que atuam apenas um auxiliar ou técnico de enfermagem e o motorista.

Além da fundamentação teórica para o atendimento é preciso treinamento prático, de forma a dominar as técnicas e os equipamentos utilizados nesse tipo de atividade, pois quando os socorristas não estão adaptados ou suficientemente capacitados, o atendimento é prejudicado, havendo uma demora maior no atendimento e uma sobrecarga do socorrista mais habilitado, pois este assume o atendimento quase sozinho.

O que dá tranquilidade e respaldo à equipe que está atendendo à ocorrência é a garantia de uma escuta médica permanente, que se dá através de rádio ou telefone celular, com a Central de Regulação. Em algumas situações existem dificuldades de comunicação, como os casos de falha nos equipamentos ou dos locais de difícil escuta, que exigem que a equipe que está atuando como socorrista assumam maior responsabilidade, pois está sozinha para tomar as decisões necessárias em cada situação que se apresenta.

A enfermeira assume no pré-hospitalar o papel de articulação, integração da equipe, contribuindo na inter-rela-

ção entre os diversos atores, além de ser reconhecida como coordenadora da equipe de enfermagem. Ela constitui-se em um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulação médica e a equipe socorrista, entre a coordenação do serviço e a equipe, pois transita em quase todos os espaços, atuando junto à equipe básica, junto com o médico no suporte avançado, fazendo a administração do serviço, a supervisão da equipe e a educação permanente da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas e de outros atores, como os agentes da Empresa Pública de Transporte Coletivo. Este papel que as enfermeiras têm desenvolvido, de atuação em várias frentes de trabalho, também está presente em outras instâncias do sistema de saúde, como nos Serviços de Pronto Atendimento⁽⁴⁾ onde elas coordenam as atividades da enfermagem, articulam, supervisionam e controlam as dinâmicas do trabalho no serviço, além de selecionar pacientes de maior risco, conforme as prioridades estabelecidas e fazerem a interligação do trabalho médico com os demais trabalhadores, setores e serviços.

Em situações mais graves do atendimento pré-hospitalar, o médico sempre é consultado, seja quando está no local da ocorrência ou via rádio. A enfermeira, quando está no local com a equipe de suporte básico, procura assumir a coordenação e a comunicação com o médico regulador, mas isso vai depender da situação, pois ela pode estar realizando algum procedimento e solicitar, ao auxiliar de enfermagem, que faça a comunicação com a Central de Regulação.

No atendimento às ocorrências, o médico atua apenas nos casos em que o regulador considerou de maior gravidade, determinando a necessidade de enviar uma ambulância de suporte avançado com a respectiva equipe ou um veículo rápido (VR) em apoio à equipe de suporte básico deslocada de uma base descentralizada:

[...] Então o médico vai fazer a diferença quando em casos mais graves. [...] Que realmente... procedimentos que são exclusivos do exercício médico (ME2).

No atendimento de suporte avançado, a equipe funciona seguindo a hierarquia de saberes, em que o médico, responsável pelo diagnóstico e prescrição do tratamento, assume a coordenação do processo. A partir da sua avaliação da situação do paciente e das ações que são necessárias, a equipe de enfermagem realiza essas ações de cuidado. Isso, muitas vezes, ocorre na ambulância que está parada, no local, ou em deslocamento e o motorista assume uma posição mais periférica, auxiliando a equipe, ou dirigindo o veículo.

Há situações, sem a necessidade de procedimentos invasivos de exclusividade do médico, em que ele atua da mesma forma que os outros profissionais, realizando as mesmas ações. Como a prioridade é salvar a vítima, o que determina que o médico assuma a coordenação do atendimento é a gravidade da situação.

No atendimento, sempre há um dos socorristas que coordena as ações da equipe. Essa coordenação é estabelecida no momento da ocorrência e não segue exatamente

o critério de hierarquia, mas leva em conta, além do conhecimento técnico, principalmente a experiência e a posição que o socorrista assumiu, no instante em que iniciou o atendimento. Essa posição de coordenação, geralmente, é assumida pelo primeiro a chegar junto à vítima ou o que assumir a imobilização da coluna cervical.

Então, quem chega primeiro na cena, quem desce primeiro da ambulância, seja o enfermeiro, seja o técnico, um dos dois vai pra cabeceira do paciente. Normalmente, se tem um enfermeiro e um auxiliar, quem fica na cabeça, nas vias aéreas e na imobilização da cervical, é o enfermeiro. Mas não tem uma regra sobre isso, até porque o trabalho é um trabalho de equipe... é um trabalho... onde todo mundo sabe fazer tudo e a gente não fica engessado por isso... isso permite fazer um atendimento padrão em todos os casos, independente de quem assume o quê [...] (E2).

A coordenação é reconhecida como uma função que poderia ser exercida por qualquer um da equipe, mas em função de uma hierarquia instituída historicamente, o médico assume o comando. Quando este não está presente na equipe de atendimento, caberia então, seguindo essa hierarquia, à enfermeira assumir esse comando, ou ao técnico com mais capacitação.

Em síntese, todos devem saber o que fazer, conhecer a seqüência do atendimento, pois a equipe se organiza conforme as diferentes situações que se apresentam e é necessário estar preparado para assumir qualquer posição durante o atendimento.

O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar

O APH está alicerçado no trabalho em equipe, no qual todos os socorristas devem estar habilitados e preparados para executarem um conjunto de ações necessárias para o atendimento de suporte básico às vítimas de acidente de trânsito. A qualidade do atendimento está muito relacionada ao funcionamento da equipe. A sintonia e a integração no momento do atendimento, muitas vezes fluem tão bem que colocam a comunicação verbal em segundo plano.

Muitas vezes, os procedimentos são realizados concomitantemente, e cada um executa uma tarefa, tornando o atendimento ágil e rápido. Esse tipo de integração tem sido descrito nas situações de emergência em que é necessário realizar ações de forma articulada, em que os profissionais agem de forma cooperativa, sintonizada e precisa, sob a coordenação do médico. Essas intervenções configuram um trabalho coletivo no qual, dada à gravidade da situação, está presente a cooperação, a cumplicidade e a solidariedade entre os profissionais envolvidos.

O serviço de APH realiza intervenções em situações de urgência, como no caso dos acidentes de trânsito, o que torna necessário sempre uma ação integrada, articulada, como demonstram as falas dos atores entrevistados:

Principalmente no acidente de trânsito, atendimento na rua, precisa várias pessoas. Não uma ou duas, só. Então todo

mundo participa, ajuda a imobilizar, a retirar, às vezes, do veículo[...]. São coisas... várias coisas ao mesmo tempo têm que ser feitas. Enquanto um imobiliza, o outro pega a veia, o outro vê a medicação, o outro dá o oxigênio. Então eu acho que é bem integrado, assim (ME1).

Em estudos realizados em UTI foi identificado que o trabalho em equipe é facilitado pela área física restrita e o número reduzido de profissionais, pois a proximidade permite observar o trabalho do outro e interagir quando necessário. Em setores mais restritos, a hierarquização das competências não se mostra tão evidente e, pelas características da clientela e do serviço, há a necessidade do estabelecimento de relações transversalizadas^(5,15-16). Nessas situações, apesar das diferenças dos trabalhos especializados, nesse momento suspendem-se as desigualdades, pois todos os profissionais são igualmente necessários, nas suas diferenças. Assim, é colocado em evidência o caráter coletivo do trabalho em saúde, que usualmente parece obscurecido pela autonomia técnica dos profissionais e pelo isolamento das ações.

No APH o trabalho em equipe ocorre na modalidade descrita como integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes⁽⁵⁾. O trabalho em equipe decorre da prática comunicativa em que todos os agentes estão em sintonia com o plano de ação, sendo que as intervenções técnicas do conjunto dos profissionais precisam estar articuladas, para que o projeto possa efetivamente ser implementado. O que contribui para essa integração, no APH, é a vivência, o cotidiano do trabalho. Coincidindo com outros estudos⁽⁶⁾ observou-se que na situação em que há menor desigualdade entre diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração da equipe.

No trabalho em equipe, a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, que convive com as especificidades de cada área profissional, possibilita a efetiva integração. O trabalho em equipe só é possível quando os trabalhadores constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado, que é comum à maioria dos trabalhadores. Esse campo de cuidado, além da interação, possibilita, a cada um, usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário/paciente, para juntos produzirem o cuidado⁽¹⁷⁾.

Na produção de um ato de saúde coexistem vários núcleos, descritos como cuidador, profissional específico e específico por problemas, sendo que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independente do recorte profissional, o que proporciona pensar outras possibilidades no modo de agir em saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

No atendimento pré-hospitalar identificou-se um campo comum a todos os atores, o suporte básico de vida às vítimas de trauma, em que todos os atores, independente da formação técnica, realizam as mesmas atividades e se organizam em função do paciente, vítima de acidente de

trânsito, e da situação em si, sem levar em conta uma estrutura hierárquica baseada nos saberes específicos, construída historicamente e reproduzida nos serviços de saúde, seja no âmbito hospitalar ou da atenção básica.

As intervenções de suporte básico, que envolvem a imobilização e o transporte, sem necessidade de realização de procedimentos de enfermagem, pertencem ao campo cuidador, que é comum a todos os atores, sejam profissionais da área da saúde ou não. No momento em que há necessidade de realização de atividades, que são de competência de uma área profissional específica, como as técnicas de enfermagem ou os procedimentos invasivos, de exclusividade médica, ou mesmo, as ações de resgate desenvolvidas pelos bombeiros, caracteriza-se o núcleo de conhecimento especializado de cada profissional.

Mesmo reconhecendo as diferenças de cada um, em função da formação técnica, e a hierarquização, em função do saber, esses elementos não são determinantes para definir o espaço de cada um no APH. A isso, agrega-se a necessidade de um conhecimento específico, que não é de domínio de nenhuma área em particular, nem adquirido nas Universidades e a experiência nesse tipo de atividade. O profissional precisa saber aplicar esse conhecimento às situações que são vivenciadas no cotidiano, ter capacidade de avaliar e tomar decisões, competência para realizar os procedimentos necessários a cada situação e, fundamentalmente saber trabalhar em equipe, que é a essência do trabalho no atendimento pré-hospitalar.

Dessa forma, fica evidenciada a necessidade de valorização do campo de conhecimento ampliado, que está associado ao núcleo de atividades cuidadoras, e que respondem à maior parte das necessidades apresentadas pelos pacientes atendidos pelo serviço de APH, especialmente os que são vítima de trauma, decorrente de acidente de trânsito.

O trabalho com os atores das outras áreas

Muitas vezes, é necessária a participação de equipes de serviços não vinculados diretamente à área da saúde para a realização do atendimento às vítimas de acidente de trânsito, pois há situações em que a equipe do SAMU não consegue trabalhar sozinha.

[...] a integração já está funcionando com a mesa de regulação, porque tu já está pedindo: central, vamos precisar de um veículo rápido aqui; vamos precisar de mais uma ambulância; central, nós precisamos da EPTC pra fazer isolamento do local, pra atender com segurança; central, tem aqui várias pessoas embriagadas, nós vamos precisar da Brigada Militar; nós vamos precisar dos Bombeiros pra extricação; nós vamos precisar da CEEE porque o carro colidiu com um poste[...]. Então, tem toda uma integração: SAMU, CEEE, Bombeiro, EPTC, Brigada Militar. O SAMU não consegue trabalhar sozinho, não teria como trabalhar sozinho (A1).

A integração dos vários atores envolvidos no atendimento configura-se como um trabalho em equipe, em que ocor-

re o agrupamento dos agentes e a justaposição das ações, caracterizando-se como equipe agrupamento⁽⁵⁻⁶⁾. Cada um dos atores tem um saber específico, desenvolve um trabalho técnico também específico, que complementa o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, que é central e hegemônico. As equipes de apoio não interferem no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, assim como ela também não interfere no trabalho específico de cada uma delas, apenas aguarda que sejam dadas as condições, para que passe a realizar o seu trabalho.

Na atuação dos vários atores envolvidos no APH observou-se, confirmando estudo sobre o trabalho em equipe multiprofissional em diversos serviços de saúde⁽⁶⁾, que a complementaridade objetiva dos trabalhos especializados convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente, expressando a concepção de autonomia técnica plena dos agentes.

As relações entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Secretaria Municipal da Saúde e o Grupamento de Atendimento de Emergência do Corpo de Bombeiros nem sempre foram harmônicas. Inicialmente, como foi relatado por um dos auxiliares de enfermagem, houve um período de dificuldades nas relações em função da disputa de espaço, que no seu entender foi logo superada.

Eu lembro que quando iniciou o SAMU, o atendimento móvel era feito pelos bombeiros. Então houve uma certa animosidade, parecia que alguém queria tomar o lugar de alguém [...] Na realidade, a gente queria unir forças, trabalhar juntos, mas teve esse problema de início.[...] Hoje em dia, já não existe mais isso. [...] houve uma melhora muito grande, uma integração muito grande de SAMU, Bombeiros, Brigada Militar e EPTC (A1).

Não houve uma superação, mas uma acomodação, pois sem respaldo legal, sem financiamento, sem insumos e sem equipamentos, o Corpo de Bombeiros não pôde manter seu espaço inicial, quando era o único a prestar esse tipo de atendimento, e nem foi possível estabelecer uma parceria entre as duas instituições. Em alguns estados, gestores ligados ao Corpo de Bombeiros argumentam que a instituição possui uma experiência acumulada de mais de 25 anos e equipes capacitadas, mas não têm sido beneficiadas por recursos, sofrendo um processo de sucateamento. Além disso, a passagem ou readequação das atribuições entre as duas instituições – Corpo de Bombeiros e SAMU – tem gerado descontinuidade e pouca troca de informações entre as duas equipes⁽¹²⁾.

Foi evidenciada a existência de dois serviços públicos de APH atuando no município, sendo um vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e outro, ao Corpo de Bombeiros. Esses serviços funcionam independentes, atuando de forma pouco integrada, visto não haver uma parceria entre os gestores dos dois serviços. Nesse sentido, falta uma aproximação, no âmbito da gestão, de forma a otimizar o atendimento, aproveitando a formação e a experiência dos profissionais bombeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atendimento pré-hospitalar à vítima de trauma, decorrente de acidente de trânsito, identificou-se a dinâmica das relações entre os atores envolvidos. Constatou-se a centralidade médica na organização do serviço, por meio do exercício da regulação médica. Entretanto, na organização do trabalho assistencial, que se efetiva no atendimento das ocorrências, a enfermagem está presente em todas as ocorrências, configurando-se como elemento fundamental na realização dos atendimentos, tanto nas situações em que assume a direção do processo, no suporte básico, como nas que atua como membro da equipe, dando suporte ao atendimento médico.

A equipe de saúde no APH estabelece relações que favorecem a realização de um trabalho integrado, garantindo agilidade na assistência prestada às vítimas de acidente de trânsito. Existe um entendimento entre os membros da equipe, que transcende a relação hierárquica, historicamente encontrada nas organizações de saúde. Essa sintonia proporciona a realização de ações conjuntas, que viabilizam um atendimento rápido e adequado.

Na relação com os atores das outras áreas, observa-se a realização de um trabalho coletivo, em que a equipe de saúde assume uma posição central e as demais realizam suas atividades específicas, em apoio ao trabalho da saúde. Todos os atores são essenciais, mas existe uma hierarquia, em que a equipe do setor saúde assume o protagonismo das ações, cabendo aos demais, o papel coadjuvante. Essas relações são harmônicas, quando todos aceitam o papel que lhes cabe e há respeito ao trabalho específico de cada área profissional. Na relação com as outras áreas, é necessário aprimorar o diálogo, buscando uma integração que rompa as barreiras estabelecidas pela dificuldade de trabalhar em uma lógica fundamentada em relações horizontais, com pactuação e compromisso com a sociedade.

O atendimento pré-hospitalar pressupõe o domínio do trabalho em equipe, além da formação técnica ou acadêmica de cada profissional. Evidenciou-se a relevância do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito e o envolvimento da equipe de suporte básico nesse processo de trabalho, indicando a estruturação do trabalho baseado na interdisciplinaridade. Há que se buscar uma forma de organização do serviço, de gestão desse sistema, respeitando as especificidades nacionais e regionais, valorizando o campo cuidador, inerente a todos os trabalhadores.

Sugere-se que o atendimento pré-hospitalar favoreça o trabalho em equipe integração, com valorização do campo cuidador, caracterizando-se como uma ação de saúde interdisciplinar. A enfermagem, em particular a enfermeira, tem um papel fundamental, como articuladora, facilitadora do trabalho em equipe. Essa ação, muitas vezes, tem potencializado mudanças, avanços e conquistas para constituição de equipes interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. ampl. Brasília; 2006.
2. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Estatísticas de saúde: mortalidade 2006. Porto Alegre: Núcleo de Informações em Saúde; 2007.
3. Pereira WAP, Lima MADS. A organização tecnológica do trabalho no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2006;5(2):127-34.
4. Marques GQ, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):41-7.
5. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
8. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):279-83.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
10. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. São Paulo: CINAEM; 1999. (Coletânea da CINAEM – Oficina A Gestão de Escolas Médicas).
12. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
13. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CRBSFF, Krempel M, Cavalcanti ML, et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11 Supl:1279-90.
14. Pires D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. *Rev Baiana Enferm*. 2000;13(1/2):83-92.
15. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: Universitária-UFPel; 2000.
16. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em uti neonatal. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(3):469-76.
17. Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da unicamp. In: Mrehy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p.135-60.