

A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel*

REPRESENTATIONAL STRUCTURE OF INTENSIVE CARE FOR PROFESSIONALS WORKING IN MOBILE INTENSIVE CARE UNITS

ESTRUCTURA REPRESENTACIONAL DEL CUIDADO INTENSIVO PARA PROFESIONALES DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA MÓVIL

Keyla Cristiane do Nascimento¹, Antônio Marcos Tosoli Gomes², Alacoque Lorenzini Erdmann³

RESUMO

O presente trabalho trata-se de pesquisa qualitativa baseada na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, que objetivou analisar as representações sociais do cuidado intensivo para profissionais que atuam em Unidade de Terapia intensiva móvel mediante a determinação do núcleo central e do sistema periférico. Envolveu 73 profissionais de saúde de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Os dados foram coletados através de evocações livres ao termo indutor cuidado a pessoa em risco de vida e tratados pelo software EVOC. Observa-se um núcleo estruturado no conhecimento e na responsabilidade, ao mesmo tempo que os elementos de contraste apresentam léxicos como agilidade, atenção, estresse e humanização. A estrutura representacional revelada pelos participantes refere-se especialmente à funcionalidade do cuidado intensivo, distinguindo-o pelos desafios e estímulos que proporciona a quem desempenha funções nessa área.

DESCRIPTORIOS

Cuidados de enfermagem
Emergências
Terapia intensiva
Unidades de Terapia Intensiva
Pessoal de saúde

ABSTRACT

This qualitative study was performed based on the Social Representations Theory, using a structured approach. The objective was to analyze the social representations of intensive care for professionals who work in mobile intensive care units, given the determination of the central nucleus and the peripheral system. This study included the participation of 73 health care professionals from an Emergency Mobile Care Service. Data collection was performed through free association with the inducing term care for people in a life-threatening situation, and analyzed using EVOC software. It is observed that a nucleus is structured in knowledge and responsibility, while contrasting elements present lexicons such as agility, care, stress, and humanization. The representational structure revealed by participants in this study refer particularly to the functionality of intensive care, distinguishing itself by the challenges and encouragements provided to anyone working in this area.

DESCRIPTORS

Nursing care
Emergencies
Intensive care
Intensive Care Units
Health personnel

RESUMEN

Investigación cualitativa basada en la Teoría de las Representaciones Sociales en su abordaje estructural, que objetivó analizar las representaciones sociales del cuidado intensivo para profesionales que se desempeñan en unidades de terapia intensiva móviles, mediante la determinación del núcleo central y del sistema periférico. Involucró a 73 profesionales de salud de un Servicio de Atención Móvil de Urgencias. Datos recolectados mediante evocaciones libres al término inductor cuidado a la persona en riesgo de vida y tratados con software EVOC. Se observa un núcleo estructurado en el conocimiento y en la responsabilidad, al mismo tiempo en que los elementos de contraste presentan vocablos como agilidad, atención, estrés y humanización. La estructura representacional revelada por los participantes se refiere especialmente a la funcionalidad del cuidado intensivo, distinguiéndolo por los desafíos y estímulos que proporciona a quienes desempeñan funciones en dicha área.

DESCRIPTORES

Atención de enfermería
Urgencias médicas
Cuidados intensivos
Unidades de Cuidados Intensivos
Personal de salud

* Extraído da tese "O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de saúde", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. ¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CAPES. Florianópolis, SC, Brasil. keyla_nascimento@hotmail.com ² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisador do CNPq. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. mtosoli@gmail.com ³ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora CNPq. Florianópolis, SC, Brasil. alacoque@newsite.com.br

INTRODUÇÃO

O trabalho de médicos e enfermeiras em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) móveis reveste-se de características especiais, em razão das demandas de cuidados, com diferenciais técnicos e humanos. Nestas unidades, profissionais de saúde prestam atendimento a casos de maior complexidade, ou seja, de maior gravidade, por meio do Suporte Avançado de Vida (SAV).

A UTI é definida como um local que

constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência a saúde ininterruptas, além de equipamentos e recursos especializados⁽¹⁾.

Nessas unidades, portanto, concentram-se recursos humanos especializados e materiais para assistir o paciente de forma ininterrupta, utilizando tecnologias precisas e avançadas, destinadas à observação contínua, que possam sustentar decisões e intervenções em situações de descompensação⁽²⁾.

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, a frequência de pacientes graves, as possibilidades de mudanças súbitas no estado geral, a descompensação dos pacientes graves e a complexidade do trabalho inerente à concentração de tecnologia avançada tornam o ambiente e o trabalho nas UTI móveis bastante complexo. Essa complexidade, aliada ao acúmulo de componentes emocionais que derivam do processo de interação social, constituem fator estressante nas interações sociais, dada a imprevisibilidade do ambiente.

A noção de prioridade no atendimento/cuidado, mais forte no subsistema de cuidados intensivos, está ligada ao risco de vida, o qual oscila num real-escondido, certeza-incerteza, verdade-engano, onde as possibilidades, as probabilidades e as oportunidades estão em jogo nas prioridades elegidas, reconhecidas ou de rotina e a incerteza parece surgir à medida que se toma consciência do risco⁽³⁾. Nesse contexto social permeado por diversidades podem emergir representações do cuidado à pessoa em risco de vida concebido pelo indivíduo ou pelo grupo na sua relação de trabalho em UTI móvel.

As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente organizado e partilhado, que tem objetivo prático e colabora para a constituição de uma realidade comum a um grupo social⁽⁴⁾. É, portanto, uma forma de compreender as dimensões e os processos de conhecimentos partilhados por um dado grupo acerca de uma

realidade comum. Na dinâmica de cuidados intensivos em UTI móvel, a comunicação social e a interação vivida entre os componentes da equipe são complexas e os profissionais estão frequentemente próximos de situações contingenciais e/ou limitantes, uma vez que os pacientes podem ter alterações súbitas da sua condição de saúde. Este fato pode desencadear comportamentos e atitudes divergentes em resposta às condições de trabalho, tais como: lidar com os limites da vida continuamente, dificuldade de aceitação da morte, escassez de materiais e de pessoas e ao mesmo tempo lidar com a prontidão, o raciocínio rápido e a tomada de decisão assertiva.

Acessar as representações sociais é tentar compreender as formas que os indivíduos utilizam para criar, transformar e interpretar sentimentos, percepções e experiências de vida de um grupo social. As representações sociais são constituídas de crenças, opiniões, atitudes e valores sobre um dado objeto social⁽⁵⁾.

Assim, o estudo do cuidado intensivo em UTI móveis, por meio da estrutura das representações, pode determinar as interações vivenciadas no ambiente profissional com enfoque global, que possibilite o reconhecimento das atitudes concretas de trabalho e dos processos que articulam a relação entre a objetividade do trabalho e a subjetividade de cada profissional inserido nesse grupo⁽⁶⁾.

Os elementos representacionais podem ser deduzidos dos significados contidos nos discursos e podem ser estudados pela abordagem estrutural⁽⁷⁾. Trata-se de uma abordagem específica no campo das representações sociais, sendo considerada como uma proposição teórico-metodológica complementar ao estudo de Moscovici. Esta abordagem complementar propõe-se a identificar e analisar os processos que determinam as representações sociais como conjuntos sócio-cognitivos organizados e

estruturados em dois subsistemas: um sistema central e um sistema periférico⁽⁸⁾.

O núcleo central caracteriza-se por um conjunto de elementos, em torno dos quais as representações sociais são organizadas. Tem em si a determinação do significado, ou seja, a estrutura, elemento que organiza e subsidia o sentido fundamental e inflexível da representação social⁽⁸⁻⁹⁾. O núcleo central é caracterizado como rígido, estável, composto de elementos que dão sentido a outros núcleos mais flexíveis, denominados periféricos. O sistema periférico é organizado em torno no núcleo central. Os seus elementos são flexíveis, permitem uma interação maior com o contexto, dando acessibilidade à realidade, concretizando, regulando e defendendo o núcleo central⁽⁷⁾.

A identificação do núcleo central e dos elementos periféricos sobre o cuidado intensivo para os profissionais de UTI móvel pode evidenciar os componentes cognitivos, afetivos e simbólicos construídos no cotidiano das relações pessoais. Deste modo, é necessário buscar a natureza do cuidado intensivo, subjacentes ao processo de trabalho em UTI, pois o modo como cuidam reflete comportamentos e atitudes dos sujeitos e dos grupos sociais, de forma compartilhada.

Para trabalhar a temática do cuidado a pessoa em risco de [perder a] vida, considerando o cuidar como essência da enfermagem uma vez que este é imprescindível para a vida, esta pesquisa busca responder a seguinte questão norteadora: *Como os profissionais de saúde, no cotidiano das interações pessoais / profissionais em UTI móvel, representam o cuidado a pessoa no limite da vida?* Em vista disso, objetiva-se, neste estudo: analisar a estrutura representacional do cuidado intensivo a pessoa em risco de vida na experiência dos profissionais de saúde que atuam em UTI móvel.

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido segundo a Teoria das Representações Sociais no que se refere à abordagem estrutural, utilizando-se do software EVOC 2003 (*Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* – versão 2003) como estratégia para a análise dos dados.

O cenário do estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado de Santa Catarina, que está dividido em sete macrorregiões, para facilitar a coordenação do SAMU. A macrorregião selecionada para este estudo é a da grande Florianópolis, que, além da capital, abrange outros 21 municípios. Inaugurado em 5 de novembro de 2005, o SAMU da macrorregião de Florianópolis conta com quatro Unidades de Suporte Avançado para cobrir uma população de 933.560 habitantes. Para o atendimento dessa população, o suporte avançado do SAMU de Florianópolis conta com aproximadamente 90 profissionais entre médicos, enfermeiros e socorristas.

Os sujeitos desta pesquisa formaram um total de 73 profissionais (sendo 49 médicos/as e 24 enfermeiros/as). O número de sujeitos foi considerado suficiente, uma vez que perfazem aproximadamente 81% do total de profissionais que ali atuam. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a realização da coleta de dados: possuir nível superior e estar graduado a pelo menos dois anos; possuir experiência profissional em UTI móvel/hospitalar de pelo menos um ano e concordar em participar do estudo, com o termo de consentimento livre e esclarecido pós-informação assinado. Em relação ao tempo de formação para os profissionais, foi estabelecido um mínimo de um ano, partindo do pressuposto que este seria suficiente para os que profissionais pudessem expressar a vivência do cuidar em UTI móvel.

Para atender aos princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾, o projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pela coordenação Estadual do SAMU de Santa Catarina e posteriormente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob parecer no 112/2008.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2008. Considerando as propriedades qualitativas e quantitativas na determinação dos elementos centrais e periféricos de uma representação, empregou-se a técnica de evocação ou associação livre para a coleta de dados, utilizando-se como termo indutor a expressão “cuidado a pessoa em risco de vida”. A aplicação da técnica consistiu em solicitar aos sujeitos que falassem cinco palavras ou expressões que lhes ocorriam imediatamente à mente em relação ao termo referido, sendo as mesmas imediatamente registradas pela pesquisadora em impresso próprio, assim como as características socioculturais de cada sujeito.

As evocações foram agrupadas por sentido, de forma a homogeneizar o conteúdo semântico, visando uma análise mais consistente, que seria a etapa de padronização das palavras e termos evocados, também conhecida como dicionário de padronização. O material foi, então, tratado pelo software EVOC 2003 que calculou, para o conjunto do *corpus*, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação.

Os dados foram analisados a partir de sua distribuição no *quadro de quatro casas*⁽¹¹⁾. Essa técnica, ao combinar dois atributos relacionados às palavras ou às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas, possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos sujeitos. O quadro de quatro casas criado discrimina o núcleo central (elementos mais frequentes e mais importantes) situados no quadrante superior esquerdo, os elementos intermediários ou 1ª periferia (elementos periféricos mais importantes) situados no quadrante superior direito, os elementos de contraste (com baixa frequência, mas considerados importantes pelos sujeitos), situados no quadrante inferior esquerdo e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (menos frequentes e menos importantes), localizados no quadrante inferior direito⁽¹²⁾.

Cabe ressaltar que esta técnica integrada à informática torna-se um importante instrumento facilitador para a análise da estrutura e da organização de uma representação social⁽¹¹⁾. Além disso, destaca-se que os termos presentes no núcleo central possuem maior frequência de evocações e menor *rang* que, como já referido, refere-se à média das ordens médias de evocação. Entre os elementos periféricos ocorre o inverso, com palavras evocadas menos freqüentemente e com maior *rang*.

Os de contraste e de primeira periferia apresentam variações nesses valores, com as palavras contidas no quadrante inferior esquerdo com uma frequência de evocação inferior à frequência média das palavras e um *rang* inferior ao *rang* médio, ao passo que o quadrante superior direito possui uma frequência maior que a média e um *rang* também maior⁽¹³⁾. Após a organização prévia dos elementos evocados, esses se constituíram no corpus para análise dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização do perfil dos sujeitos da pesquisa contribuiu para um melhor entendimento das estruturas representacionais de seus pensamentos. Os dados mostram que 32% dos profissionais são do sexo masculino e 68%, do sexo feminino. A maioria dos sujeitos são profissionais com mais de 30 anos (94%), casados (57,1%) seguidos de 29,8% de solteiros, 7,3% de divorciados, 2,1% viúvos e 3,7% em união estável. Em relação às categorias profissionais, 67,2% eram médicos

e 32,8%, enfermeiros. Em relação ao tempo de trabalho em UTI móvel/hospitalar, 43,4 % tinham entre dois a cinco anos; 17,4%, entre seis a dez anos e 39,2 % tinham mais de dez anos de experiência, existindo equilíbrio entre os considerados novatos no serviço e aqueles com maior experiência.

O *corpus* para a análise das Representações Sociais foi formado pelas evocações de todos os sujeitos, tendo sido faladas 365 palavras, das quais 201 foram palavras repetidas e apenas 164 foram diferentes, sendo agrupadas em 74 palavras padronizadas.

A média das ordens médias de evocação (O.M.E.) ou *rang* foi igual a 2,95, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 14 e a mínima em 8. No quadro de quatro casas, construído a partir do EVOC 2003 com as evocações ao termo indutor *cuidado a pessoa em risco de vida*, pode-se observar o conteúdo das representações sociais, bem como a estrutura e a hierarquia dos elementos de seus sistemas cognitivos (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro de quatro casas das evocações ao termo indutor *cuidado à pessoa em risco de vida* – Florianópolis, SC, 2009

Rang < 2.95				Rang >= 2.95		
Freq. Média	Termo evocado	Freq	O.M.E	Termo evocado	Freq	O.M.E
Quadrante Superior Esquerdo				Quadrante Superior Direito		
Núcleo Central				Primeira Periferia		
>= 14.0	Emergência/ Urgência	39	2.40	Casos Graves	18	3.18
	Responsabilidade	21	2.30	UTI	20	3.30
	Conhecimento	16	2.17			
Quadrante Inferior Direito				Quadrante Inferior Direito		
Elementos Contrastante ou Intermediários				Segunda Periferia		
< 14	Agilidade	13	2.38	Sofrimento	08	3.00
	Atenção	08	2.00	Dedicação	08	3.50
	Atendimento	09	2.85	Morte	10	4.20
	Humanização	11	2.33			
	Salvar-Vidas	13	2.46			
	Habilidade	09	1.77			
	Estresse	10	2.20			

No quadrante superior esquerdo observam-se os elementos *urgência/emergência*, *conhecimento* e *responsabilidade*, que indicam aquelas palavras mais prontamente evocados, ou seja, menores ordens médias de evocação (O.M.E.) e maiores frequências que podem ser constitutivas do núcleo central, pois caracterizam o sentido ontológico da representação. Assim, percebe-se a presença de três dimensões que parece organizar a estrutura representacional, quais sejam, a imagética, expressa através das expressões que se referem às situações que requerem estes tipos de atendimentos e às unidades que os implementam, a atitudinal, concretizada no léxico responsabilidade e a do conhecimento, inerente ao termo análogo presente no universo semântico do grupo estudado.

Estas dimensões tangíveis nas expressões *emergência/urgência*, *responsabilidade* e *conhecimento*, como possíveis elementos constituintes do núcleo central deste estudo, destacam a estrutura essencial do sentido do cuidado no limite da vida, referindo-se às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais dos sujeitos desse estudo. O cuidado intensivo, pela sua complexidade, exige dos executores o contato direto com situações de risco e com a iminência contínua da morte⁽⁶⁾.

O elemento com maior destaque entre aqueles provavelmente centrais é *urgência/emergência* com uma frequência de evocação de 39 e OME de 2,40. Esses elementos estão intimamente ligados ao papel desempenhado pelo profissionais de UTI móveis, que prevêm um primei-

ro atendimento com um tempo limite para que a vida seja preservada ou ocorra minimização de danos ou seqüelas. Estes elementos foram homogeneizados devido à imprecisão, à confusão e à polissemia em torno desses conceitos. Neste sentido, define-se urgência como situação que não pode ser adiada, que deve ser resolvida rapidamente, pois se houver demora, corre-se o risco de morte, enquanto emergência seria uma situação crítica ou algo iminente, com ocorrência de perigo ou risco iminente de vida⁽¹⁾.

Esses conceitos têm um limite quase imperceptível sendo o quadro clínico do paciente passível de rápida modificação a qualquer momento, abrindo assim a possibilidade de interpretações diversas que justificam a utilização quase sinônima pelos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho. Infere-se também que o termo urgência é mais abrangente e do senso comum, que a emergência, sendo, portanto mais utilizado. A emergência possui um significado compreendido em sua totalidade por profissionais de saúde especializados em urgência e diz respeito à manutenção da tênue linha existente entre a vida e a morte⁽¹⁴⁾. Deste modo, a distinção urgência/emergência não tem sentido do ponto de vista da gravidade, do tempo para agir e da prioridade do atendimento.

Situações de emergência costumam ser vistas como momentos em que se exige dos profissionais que nele atuam um olhar atento para observar e saber administrar as inúmeras situações apresentadas. Deste modo, configura-se como elemento presente no cuidado à pessoa em risco de vida.

O segundo elemento em destaque no núcleo central foi *responsabilidade* com uma frequência de 21 e uma O.M.E. de 2,30. Nas situações de cuidado intensivo, a responsabilidade como uma atitude profissional mostra-se inerente ao trabalho de assistir a vida nestas condições e intrínseca ao cuidado dos profissionais de saúde no fazer cotidiano em UTI móvel. Assim, os profissionais de saúde que atuam nessa área são responsáveis pelo atendimento direto às vítimas críticas e graves. Além disso, é de responsabilidade da equipe, a organização, preparo e reposição do material após cada atendimento móvel, atendimento direto às vítimas, treinamentos e desenvolvimento de pesquisas, além de requerer atuação nos pilares da assistência, educação, gerenciamento e pesquisa.

O termo responsabilidade sugere ainda a consciência da necessidade de atenção em termos de saúde e de vida de formas mais abrangentes, incluindo aí as perspectivas políticas da sociedade e da profissão⁽¹⁵⁾. No contexto de suas responsabilidades, apresentam comprometimento com o saber e o saber/fazer em seu cotidiano, demonstrando a representação desta atitude com o cuidado humano em sociedade por parte dos profissionais. Neste sentido, a responsabilidade encontra-se ligada ao conhecimento apropriado pelos profissionais ao longo da vida, no seu trabalho, ou ainda, pela maneira como resgatam sua atuação profissional diante das transformações do mundo das ciências, portanto, como produto do processo de interação e comunicação.

O elemento *conhecimento* apresenta-se com uma frequência 16 e uma O.M.E. de 2,17 e fornece sentido à dimensão de mesmo nome que, como destacado no parágrafo anterior, possui íntima associação com a dimensão atitudinal. Os profissionais de saúde que vivenciam o cuidado intensivo, apesar de trabalharem contra o tempo, necessitam de uma observação crítica e ágil nas situações vivenciadas, para direcionar a assistência com base na cientificidade. Deste modo, para os sujeitos, a palavra conhecimento pode estar significando o conhecimento científico, possivelmente como consequência de um comportamento que consideram relevante para o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento da assistência/cuidado. O conhecimento no cuidado ao paciente em risco de vida deve despertar no profissional o senso crítico, o espírito de cidadania e o estímulo para a busca de novos horizontes⁽¹⁶⁾.

Pautado no conhecimento técnico-científico, o cuidado deve ser qualificado à medida que se realiza educação em serviço. Sendo, pois, necessário proporcionar aos profissionais de saúde capacitações específicas para o desempenho de suas atividades, ou seja, fornecer e estimular a busca de informações de acordo com a real necessidade que visem melhorar e atualizar a capacidade do ser, oportunizando seu desenvolvimento e seu envolvimento no cuidado com o outro⁽¹⁶⁾. A manutenção da competência técnica passa não só pelo domínio do conhecimento teórico e técnico, mas principalmente pelo fato dos profissionais atentarem para o sentido do cuidado no limite da vida.

Nessa estrutura representacional, o cuidado intensivo baseia-se em um tripé: paciente grave em situação de urgência/emergência (as imagens que sustentam a representação), responsabilidade para o cuidar e equipe multiprofissional especializada (as atitudes que oferecem dinâmica à representação), com conhecimentos e experiência para cuidar e assistir o paciente (a dimensão do conhecimento que fornece uma base aceitável para o cuidado e a própria reconstrução sócio-cognitiva deste fenômeno em situações extremas). Nesse sentido, deve haver uma integração de conhecimentos entre os profissionais a fim de oferecer assistência adequada ao paciente sob cuidados intensivos.

Os elementos *agilidade, atendimento, atenção, humanização, salvar vidas, estresse e habilidades* encontram-se dentro do **quadrante dos elementos de contrastes**, ou seja, complementam e discutem o núcleo central ou os elementos periféricos e, ao mesmo tempo, representam elementos de tensão em relação ao objeto de estudo. Esses elementos podem se caracterizar ainda como um novo subgrupo que começa a ter um olhar mais crítico para o objeto *cuidado intensivo*, podendo causar modificações no núcleo central identificado.

A zona de contraste explicita a presença das três dimensões que compõem a representação social estudada. A imagética se constitui na tríade atendimento que, se por um lado, objetiva salvar vidas, por outro, é fonte permanente de estresse para os próprios profissionais. A atitude-

nal mostra-se organizada pelos elementos como atenção e humanização, enquanto a de conhecimento encontra-se associada à habilidade e agilidade. Não se pode destacar a presença de algum elemento que demonstre um subgrupo representacional entre os sujeitos estudados, mas basicamente o desdobramento e a consolidação das dimensões presentes em seu possível núcleo central, conferindo-lhe o caráter de organização da representação. O elemento *agilidade* relaciona-se ao mesmo tempo ao conhecimento científico e ao saber empírico desenvolvido no fazer da profissão e reforça a característica das ações desenvolvidas em UTI/UTI móvel. Influencia o termo *urgência/emergência* presente no núcleo central, assinando o reconhecimento, por parte desses profissionais, da necessidade de um cuidado conciso e ágil, em que os atendimentos precisam ser rápidos e o reconhecimento precoce de sinais clínicos por parte da equipe é fundamental. Relaciona-se, ainda, ao termo *habilidade*, evocado pelos profissionais das UTI móveis como aspecto reconhecidamente necessário para o cuidado intensivo.

Entre as competências importantes para o atendimento de urgência, estão o raciocínio clínico para a tomada de decisão, a agilidade e a habilidade para executar as intervenções⁽²⁾. Nesse sentido, destacam-se ainda, a iniciativa e a percepção, além da tomada rápida decisão, como fatores cruciais para o atendimento⁽⁶⁾.

A imagem de atendimento liga-se a todos os termos presentes no núcleo central de forma positiva, considerando-se que o cuidado intensivo sob forma desta ação requer *responsabilidade e conhecimento*, assim como os termos *urgência/emergência* demandam atendimento de forma a garantir a vida ou a estabilizar um quadro clínico. Já *salvar vidas* reafirma todos os elementos presentes no núcleo central, como função precípua a ser desenvolvida pelos profissionais nos cuidados intensivos. A capacidade de salvar vidas aparece como fator que integra esses trabalhadores a um grupo com certos direitos sociais. No que permeia estes benefícios, pode-se pensar o trabalho de *salvar vidas* como uma ocupação que traz recompensas sociais de gratidão e admiração a esses profissionais e uma imagem que caracteriza o saber/fazer desses profissionais. Mas para que isso ocorra, são necessárias *habilidades* que tornam possível trazer de volta a vida, prerrogativa esta que atribui competência para os profissionais de saúde pesquisados, diante do desafio de salvar.

Observa-se que os elementos habilidade, agilidade e atendimento formam um subgrupo dentro das representações. demonstrando com exatidão a natureza do trabalho dos profissionais que atuam em UTI móvel e influenciando-se mutuamente. O elemento habilidade influencia o elemento atendimento presente nesse quadrante, bem como o termo agilidade, considerando que ambos, agilidade e habilidade, devem se complementar para o sucesso no atendimento. Isto se deve ao cuidado intensivo efetivo e contínuo que toda a equipe precisa prestar as pessoas em risco de vida que necessitam de UTI móvel.

O léxico evocado *atenção* evidencia com precisão o significado do trabalho dos profissionais em UTI móveis, na concepção de trabalhadores desse setor. Essas percepções podem ter uma ligação com a história ou memória coletiva do grupo⁽⁸⁾ às unidades de tratamento intensivo que, desde a sua concepção, tem sido espaços reservados para atenção a pacientes críticos⁽⁶⁾. Isto requer da equipe atuante neste setor constante estado de alerta, que vai desde as pequenas alterações que podem indicar complicações no quadro clínico do paciente, até as mais graves e complexas, que podem muitas vezes culminar com a morte.

A atitude de *humanização* presente na estrutura da representação relaciona-se a dois processos distintos, o primeiro como o desejo pessoal dos profissionais em prestarem uma assistência que contenha em si os pressupostos deste princípio. O segundo pode estar relacionado à campanha da Política Nacional de Humanização (PNH) presente na rede de Serviços de saúde do SUS. É possível que essa cobrança dos profissionais do serviço de UTI móvel acerca de um cuidado intensivo mais humanizado esteja expressando, na realidade, uma dificuldade do próprio Serviço de Urgência em prestar uma assistência mais humanizada.

O Serviço de urgência é caracterizado pela não formação de vínculo já que todos os usuários estão de passagem naquela instância. As unidades de atendimento de emergência constituem espaço privilegiado de manifestação dos intensos processos de exclusão, violência social e banalização do sofrimento alheio, especialmente de indiferença em relação aos desfavorecidos, que marcam nossa sociedade e os profissionais⁽¹⁸⁾. O cuidado intensivo pode ainda trazer conflitos, considerando que convivem com o dilema entre atender as urgências, em caráter estri-to, aliviar sofrimentos de pacientes e famílias, lidar com a pressão de cuidar de pessoas em de risco de vida e com a violência urbana, entre outras⁽¹⁸⁾.

Trabalhar com situações de urgência/emergência em UTI móvel é também estar cara a cara com uma demanda que assume a forma dos maus tratos⁽¹⁸⁾, de situações insuportáveis para muitos profissionais de saúde e até mesmo impossíveis de serem representadas e significadas por eles de forma positiva, dificultando a formação de vínculo e definindo os limites e as possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado dentro do Serviço⁽¹⁸⁾. Para que exista o processo de humanização do cuidado, é preciso criar meios de modificar o processo e as condições de trabalho desses profissionais de saúde dos cuidados intensivos de emergência.

Por fim, o elemento *estresse* presente no quadrante dos elementos contrastantes incorpora um significado expressivo do cuidado à pessoa em risco de vida. Esse elemento, associado à humanização — vista como uma necessidade neste setor, está diretamente ligado aos enfrentamentos assumidos por esses trabalhadores vincula-

dos ao cuidado intensivo. Situações estressantes são inerentes ao trabalho em UTI e podem intervir no cotidiano dos profissionais que ali atuam, como ressalta estudo sobre estados emocionais de enfermeiras no desempenho profissional em unidades críticas⁽¹⁹⁾. O cuidado intensivo, identificado como estressante, pode tornar o trabalho nessa unidade permeado de momentos de difícil enfrentamento, criando uma compreensão negativa do trabalho em UTI móvel.

Esses elementos mostram significados opostos, uma vez que, de um lado, representam o cuidado intensivo como estressante e de outro, como salvar vidas. Essa dualidade parece ser um processo compensatório, visto que o trabalho estressante é visto como negativo, por meio de experiências que produzem sentimentos de tensão, ansiedade e/ou medo⁽²⁾, enquanto salvar vidas é fonte de gratificação para esses profissionais. É nessa assistência que os profissionais vêem o resultado da atenção prestada ao paciente em todas as dimensões que abrangem o cuidado⁽⁶⁾.

Retornando o quadro de quatro casas (Quadro 1) no quadrante superior direito, ou seja, naquele referente à primeira periferia, estão as palavras que também tiveram alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que fizessem parte do núcleo central. Este quadrante mostra-se constituído basicamente pela dimensão imagética que abarca as situações presentes no processo de atendimento (casos graves) e às unidades de saúde que se mantêm no imaginário dos sujeitos, a UTI especialmente.

As palavras *casos-graves* e *UTI* reafirmam e reforçam o cuidado intensivo presente nas UTI de um modo geral e nas UTI móveis em particular, que realizam atendimento de urgência e emergência de casos graves. Na prática dos cuidados intensivos, existe e concretiza-se a seguinte equivalência: emergência = casos graves, isto é, casos que levam à suspeita da necessidade de uma intervenção rápida⁽¹⁴⁾. Ao mesmo tempo, a palavra evocada *casos graves* tem como termos padronizados: pacientes graves, casos graves, gravidade e outros termos que denotam esse sentido, demonstrando as vivências dos profissionais em UTI móvel ao cuidar de pessoas em risco de vida.

O elemento UTI é significado por meio das seguintes palavras evocadas selecionadas: UTI, UTI móvel, tratamento intensivo e procedimentos de complexidade maior. O cuidado em UTI móvel tem raízes na terapia intensiva e fundamenta-se na existência de paciente grave, equipamento altamente técnico e equipe multiprofissional especializada. Muitos pacientes atendidos são críticos/de maior gravidade e demandam assistência direta e dependente.

Sabendo-se que os pacientes graves devem ser atendidos por equipe de saúde multidisciplinar especializada. O SAMU, como UTI móvel, configura-se no serviço de atendimento pré-hospitalar cujos procedimentos diminuem

a mortalidade e amenizam as possibilidades de sequelas nos pacientes graves⁽¹⁷⁾. Tem o objetivo de prestar assistência precoce à população nos casos de urgência e emergência, visando reduzir o número de óbitos e de agravos à saúde. Assim, observa-se uma atitude positiva deste serviço, explicitado pelos participantes, especialmente no que se refere a sua funcionalidade, reafirmando o papel de atendimento a *urgência* e *emergência* presentes no núcleo central.

As palavras localizadas no quadrante inferior direito são aquelas com menores frequências de evocação e evocadas mais tardiamente, compondo os elementos da segunda periferia da representação. Nela se encontram as dimensões atitudinal (*dedicação*) e imagética (*sofrimento* e *morte*). Nesse espaço da representação do cuidado à pessoa em risco de vida, observa-se atitude positiva frente a esse serviço, reconhecida pelos profissionais com a palavra *dedicação* para com o atendimento. Ao mesmo tempo, atributos negativos são imputados ao cuidado à pessoa em risco de vida, visto como sofrimento e indo ao encontro da morte. O elemento *dedicação* reforça os que estão presentes na zona de contraste e núcleo central e os elementos *sofrimento* e *morte* direcionam indagações da função do cuidado intensivo, até os anteriormente reconhecidos como eficientes no núcleo central.

O elemento *sofrimento*, presente na segunda periferia, leva a uma discussão sobre o cuidado intensivo, visto por alguns profissionais como uma tarefa muito angustiante, pois compreendem sua atuação como não resolutiva por constatarem que existem muitas limitações humanas e tecnológicas no cuidado à pessoa em risco de vida. Dessa limitação emerge o sofrimento, pois as ações encontram-se diante de intensas situações de desgaste psíquico e humano para as pessoas atendidas e para os próprios profissionais. Esta convivência quase que diária com situações críticas e limitantes contribui para o sofrimento desses profissionais. Por vezes inevitável, esse sentimento tem significados e intensidades diferentes no cenário individual, social e cognitivo nessa unidade. Nessa mesma linha compreensiva, o sofrimento de pacientes e familiares exige habilidade, humanização e dedicação desses profissionais. Esses atributos tornam-se necessários na atuação profissional em UTI móvel e são diferenciais no cuidado intensivo.

O termo *morte* influencia o elemento salvar-vidas presente na zona de contraste. Os profissionais de saúde encontram-se despreparados para lidar com as questões relacionadas à morte e ao processo de morrer⁽²⁰⁾. Em geral, os profissionais de saúde não falam da morte, porque a morte é uma evidência do nosso limite, da nossa mortalidade enquanto condição humana. O processo de morrer é gerador de sofrimento porque o profissional não aceita a morte naturalmente, por isso faz inúmeros procedimentos na tentativa de *salvar* o paciente. No entanto, os resultados podem trazer o prolongamento do tempo para o doente morrer, o que acentua o sofrimento do paciente e de sua família⁽²⁰⁾.

Conviver diariamente situações de risco de vida, lidando com a morte ou situações que geram alto grau de estresse, pode desencadear processos de sofrimento e de ansiedade, entre outros. Faz parte do trabalho conviver com a morte e aprender a enfrentá-la, mas não está no “script” ser indiferente com os pacientes ou com os familiares das vítimas. Assim, consideramos importante que os gestores dessas instituições se sensibilizem e tenham um olhar mais humanizado para essa questão.

Finalizando, o elemento *dedicação* influencia o elemento *atendimento* pertencente ao quadrante inferior esquerdo e reforça o termo *responsabilidade* presente no núcleo central. A dedicação é uma atitude profissional permeada por preocupação, responsabilidade e afeto para com o outro. Essa atitude profissional possui raiz também em uma compreensão da realidade em que se prioriza a possibilidade de ajuda ao ser humano nas diversas etapas que caracterizam sua existência, especialmente naquelas em que a dor, o sofrimento e a morte se fazem presentes⁽¹²⁾.

Em Unidades de Terapia Intensiva, espera-se que os profissionais tenham conhecimento e competência para identificar e intervir nas alterações fisiológicas dos pacientes, amenizar o sofrimento e a ansiedade desses e de seus familiares, utilizem os recursos tecnológicos que compõem esse ambiente com habilidade⁽¹⁶⁾. Cuidar da pessoa em risco de vida constitui atividade que exige responsabilidade e dedicação dos profissionais que ali atuam.

CONCLUSÃO

A estratégia metodológica permitiu a organização das evocações no quadro de quatro casas por meio da qual encontramos a representação social dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Móvel do SAMU (médicos e enfermeiros) sobre o cuidado à pessoa em risco de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2010 jul. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf
2. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino Am Enferm. 2005;13(2):145-50.
3. Erdmann AL. Sistema de cuidado de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel; 1996.
4. Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm. 2011;64(5):947-51.
5. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. Representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2002. p.17-44.
6. Silva IAS, Cruz EA. The work of the intensive care nurse: a study on the social representations structure. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2011 Nov 23];42(3):554-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a19.pdf
7. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, organizadores. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG; 2003. p. 37-57.

No núcleo central, os elementos constituintes da estrutura da representação social do cuidado intensivo em UTI móvel evidenciam-se pelas palavras urgência/emergência, conhecimento e responsabilidade, as quais refletem a imagem, os conhecimentos e as atitudes presentes no cuidado à pessoa em risco de vida pelos sujeitos. Na primeira periferia, encontramos os elementos *casos-graves* e *UTI* que reafirmam e reforçam o núcleo central e, por conseguinte, o cuidado intensivo no atendimento de urgência e emergência.

Deste modo, o cuidado a pessoa em risco de vida é representado por profissionais das Unidades de Terapia Intensiva Móveis do SAMU como um cuidado intensivo presente em situações de urgência e emergência que requerem conhecimento e responsabilidade e prevêm atendimentos de ações rápidas, com habilidade, atenção no intuito de salvar vidas. Os termos agilidade, habilidade, atendimento, atenção e salvar vidas influenciam todo o núcleo central de forma positiva e reforça as funções do cuidado intensivo. O elemento humanização vem discutir o tipo de atendimento prestado, enquanto o termo estresse reforça as situações vividas por esses profissionais. O estresse e a humanização estão diretamente ligados aos enfrentamentos assumidos no cuidar da pessoa em risco de vida.

Por fim, o elemento dedicação reforça os elementos do núcleo central e os elementos sofrimento e morte vem a ser um ponto de indagação para as apreciações apresentadas nos outros elementos. Assim, o cuidado intensivo pode ser caracterizado pelos desafios e estímulos que proporciona a quem desempenha funções nessa área. Além disso, as UTI móveis, enquanto espaço de decisão e de inter-relações nos serviços de urgências, devem ser constantemente aprimoradas e, para isso, faz-se importante considerar a discussão do cuidado intensivo, contribuindo para as práticas dos profissionais que nele atuam.

8. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. 2ème ed. México: Coyoacán; 2001.
9. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. 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.
11. Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. Structures et transformation des représentations sociales. Paris: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-53.
12. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, organizador. Perspectivas teórico metodológicas em representações sócias e práticas educativas. Goiânia: UCG; 2003. p. 573-603.
13. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):145-53.
14. Jacquemot GA. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
15. Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):75-81.
16. Nascimento KC, Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. Rer Latino Am Enferm. 2009;17(2):215-21.
17. Moraes DA, Silva EG, Figueiredo HS, Carvalho EC. Prevenção no trânsito: levantamento de acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU. Rev Emerg. 2009;5(1):45-7.
18. Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Cad Saúde Pública. 2008;24(6):1334-43.
19. Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):151-7.
20. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):660-7.