

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO

**O CUIDADO A PESSOA NO LIMIAR DA VIDA:
SIGNIFICADOS DAS INTERAÇÕES E AS REPRESENTAÇÕES
PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA MÓVEL**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO

**O CUIDADO A PESSOA NO LIMIAR DA VIDA:
SIGNIFICADOS DAS INTERAÇÕES E AS REPRESENTAÇÕES
PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA MÓVEL**

Tese submetida à banca de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

N244c Nascimento, Keyla Cristiane do

O cuidado a pessoa no limiar da vida [tese] : significados das interações e as representações para os profissionais de saúde de Unidade de Terapia Intensiva móvel / Keyla Cristiane do Nascimento ; orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann. - Florianópolis, SC, 2010.
276 p.: il., tabs.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados com os doentes. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Unidade de tratamento intensivo. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

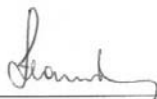
KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO

**O CUIDADO A PESSOA NO LIMIAR DA VIDA: SIGNIFICADOS
DAS INTERAÇÕES E AS REPRESENTAÇÕES PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA MÓVEL**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 13 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

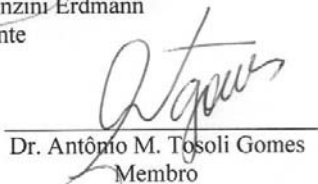
Banca Examinadora:



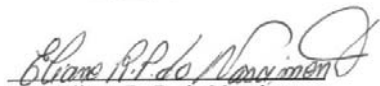
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Presidente



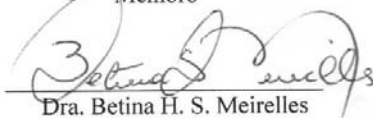
Dra. Regina M. Cardoso de Souza
Membro



Dr. Antônio M. Tosoli Gomes
Membro



Dra. Eliane R. P. do Nascimento
Membro



Dra. Betina H. S. Meirelles
Membro

AGRADECIMENTOS

Ao completar esta caminhada quero agradecer a algumas pessoas que foram muito importantes na realização deste estudo, pois interagiram comigo em vários momentos significando minha trajetória e impulsionando minhas ações.

Obrigada **Deus**, pelos momentos em que cansada e desiludida, recorri ao Senhor em uma prece...

Agradeço carinhosamente a minha orientadora **Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, que trilhou comigo essa caminhada de desafios. É para mim, uma grande honra e orgulho, tê-la como orientadora por mais de seis anos (desde a graduação/mestrado). Não esqueço seus eternos ensinamentos, seus preciosos conselhos e sua inestimável confiança. Agradeço o seu grande exemplo.

Meu eterno agradecimento aos meus pais **Hélio e Celli**, Que sempre lutaram pela minha realização profissional, agradeço o amor, o carinho, a compreensão e o incentivo incansável. Obrigada!!! AMO VOCÊS.

Meu especial agradecimento aos meus irmãos **Fabio e Hélio** e a minha cunhadinha **Kety**, pelo companheirismo, pela força, disponibilidade em ajudar, pela PACIÊNCIA, mesmo em meus momentos de mau humor e por fazerem parte de minha vida! Obrigada!

Merci Beaucoup! O meu sincero e profundo agradecimento ao meu orientador **Dr. Alain Giami** que não mediu esforços para que o Doutorado Sandwich se efetivasse da melhor forma possível. Muito obrigada pela sua dedicação, por sua constante preocupação com meu aprendizado e pelo amplo material disponibilizado. Merci!

Agradeço aos membros da Banca: **Dra. Regina Cardoso de Souza, Dr. Marcos Tosoli, Dra. Betina Meirelles e Dra. Eliane Nascimento**, pela disponibilidade em ter aceitado compor a avaliação deste trabalho. Pelas valiosas contribuições que enriqueceram e aprimoraram o estudo e pelos gestos de apoio e carinho.

À professora **Jussara Gue Martini** (Membro da banca de qualificação e suplente) pelo incentivo, pelas valiosas sugestões e por ter propiciado a oportunidade de contar com sua contribuição, aceitando fazer parte da avaliação deste trabalho.

Agradeço aos meus queridos **amigos do Samu** pelo nosso conviver cotidiano, especialmente à Dayse, Simone, Eliane, Carlos, Eloir, Rafa e Seeman, com quem divido meus sonhos e compartilho esperanças, obrigada pelas palavras de incentivo.

Aos “**cavaleiros do apocalipse**” (Rafa, Aurélio, Márlío e Putt), e demais **amigos Bombeiros**, por aceitarem a enfermeira-pseudo-bombeira no seu dia-a-dia e pela amizade construída. Os momentos que vivenciamos, estão guardados com muito carinho em meu coração.

Aos amigos e amigas, de modo especial à **Juliana Correia**, pela amizade e compartilhamento de momentos significativos.

Agradeço imensamente a minha amiga **Patrícia Kuerten** pela grande amizade e compartilhamento de momentos significativos, pela compreensão, ajuda e dedicação nos momentos mais difíceis da vida; pelo apoio incondicional, o meu eterno agradecimento.

Agradeço também “**mes amis**” de Paris, na França, que gentilmente me receberam e com quem aprendi muito, **Alexandre e Emili**. Um agradecimento especial a minha “copine” **Carmen**, a quem tive o imenso prazer de conhecer em Paris. Companheira nos passeios, festas e também nos momentos difíceis, que reduziu às saudades por ficar longe dos seres queridos.

Aos **meus familiares**, em especial meu “vô Zeca”, eterna fonte de inspiração.

Aos integrantes - **sujeitos desta pesquisa**, meu especial reconhecimento pela acolhida e por disponibilizarem do seu tempo para contarem suas histórias de vida, isto é, por partilharem os seus valores, crenças, convicções, desejos, esperanças, sonhos...

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e PEN, em especial a **Claudia e a Odete**. Amigas do dia-a-dia, das lidas do cotidiano, estão sempre prontas em nos ajudar. Obrigada pela

compreensão e pelo carinho.

Agradeço aos colegas do **Grupo de Pesquisa GEPADES**, pelos valiosos momentos de discussões e trocas, mostrando que fazer pesquisa é avançar, é frutificar e crescer;

Agradeço ainda ao **Programa de Pós-graduação de Enfermagem** da UFSC, ao **INSERM** e a **CAPES**, por oportunizar o meu crescimento profissional, por permitir a realização deste trabalho e pelo apoio financeiro.

Aos **colegas de doutorado**, minha gratidão pelas trocas de experiências, de saberes e importantes idéias e sugestões.

A todos os **acadêmicos de enfermagem da VII unidade curricular** da UFSC, por terem tido a paciência e a boa vontade de me ouvir falar sobre a paixão pelo trabalho em emergência.

Por fim, a todos que de alguma maneira contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui, seja com um sorriso, com um incentivo ou simplesmente com a força positiva do pensamento em mim.

Agradeço a todos vocês com muito carinho.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. **O cuidado a pessoa no limiar da vida**: significados das interações e as representações para os profissionais de saúde de Unidade de Terapia Intensiva móvel. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. 276 p.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativo, interpretativo e analítico, cujos objetivos foram: Compreender as representações com ênfase nos significados do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde em UTIs móveis, através das interações vivenciadas na rede de cuidado pelo referencial de Trias e da complexidade; bem como construir uma matriz teórica sobre a complexidade do cuidar de pessoas no limite da vida. Para compreender e apreender o cuidado no limiar da vida como um processo articulado a partir das interações e interconexões de diversos atores sociais, buscou-se o suporte teórico da Teoria do Limite proposto por Eugênio Trías, bem como o referencial de complexidade/sistemas complexos de cuidado. A trajetória metodológica esteve baseada nas Representações e na Grounded Theory que, de forma sistemática, criativa e interativa possibilitou o desvelar das representações e significados do cuidar no limiar da vida. O contexto do estudo foi o serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Grande Florianópolis. No total, a amostra teórica constituiu-se de vinte e oito participantes entrevistados (médicos e enfermeiros), distribuídos em diferentes grupos amostrais, com a finalidade de maximizar a variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas e/ou hipóteses ao estudo. Os resultados obtidos foram apresentados na forma de cinco artigos. No primeiro artigo “Estudo das representações: delineamento de uma categoria analítica para a enfermagem” realizou-se uma revisão teórica sobre o conceito de Representações, buscando emprestar uma especificidade maior ao conceito, que constitui referência nos trabalhos analíticos sobre a disciplina enfermagem. O segundo artigo, “A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Utis móveis” objetivou analisar as representações sociais do cuidado intensivo para profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva móvel, por meio de evocações livres ao termo indutor cuidado a pessoa em risco de

vida. A estrutura representacional revelada pelos participantes, refere-se especialmente a funcionalidade do cuidado intensivo, distinguindo-o pelos desafios e estímulos que proporciona a quem desempenha funções nessa área. No terceiro estudo, “Representações do cuidar no limiar da vida: as interações vivenciadas pelos profissionais de Utis móveis”, buscou-se compreender as representações do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde que atuam em Uti móvel. Da análise, emergiram quatro categorias: sentido do cuidado no limite da vida; Uti móvel como espaço do cuidar; experiência de cuidar em Uti móvel e trabalho em equipe: orientando-se pela responsabilidade; que conduziram-nos a identificação do tema central: *Representação do cuidado no limiar da vida*. No quarto artigo, “Vislumbrando o cuidar no limiar da vida para os profissionais de Utis móveis”, desvela o fenômeno: Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis foi constituído a partir das categorias: Reconhecendo a Uti móvel como espaço do cuidar/relacionar-se; Refletindo sobre a manutenção da vida no cuidar em Uti móvel, Apontando elementos e necessidades do cuidar para além da técnica, Valorizando o trabalho em equipe na responsabilidade de cuidar e Contrastando os sentimentos na relação do cuidar intensivo. O quinto artigo, “Ensaio teórico: Representações e Grounded Theory nas pesquisas em enfermagem como propostas metodológicas”, discute acerca da pesquisa qualitativa em enfermagem e como a utilização dessas abordagens numa triangulação de métodos pode contribuir para o avanço científico da área de enfermagem. Desse modo, os resultados dessa tese permitem afirmar que Os seres humanos em risco/limite da vida se mostram em condição tênue e vulnerável, o que demanda dos profissionais de saúde um cuidado complexo, seja através de conhecimento, habilidades, atitudes éticas, segurança, sensibilidade e responsabilidade que ultrapasse a gravidade aparente.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidados intensivos, Pesquisa qualitativa, Unidade de Terapia Intensiva.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. **Care for people on the threshold of life:** meanings of interaction and their representations for the mobile Intensive Care Unit professionals. 2010. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Graduate Nursing School, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010. 276 p.
Advisor: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

ABSTRACT

The objectives of this qualitative, interpretative, and analytic study were: To comprehend the representations –emphasizing the meanings of care for people on the threshold of life- for mobile ICU health professionals through shared interactions in a care network, according to Trias and to complexity; and to construct a theoretical matrix concerning the complexity of care for people on the threshold of life. In order to comprehend and apprehend care for someone on the threshold of life as an articulated process based on the interactions and inter-connections of diverse social actors, theoretical support was sought in Trias' Theory of Limit, as well as the reference of complexity/ complex care systems. The methodological trajectory outlined here was based upon Representations and the Grounded Theory, which systematically, creatively, and interactively made it possible to unveil the representations and meanings of care on the threshold of life. The context of this study was the Mobile Urgent Care service in Greater Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. The sample was composed of a total of twenty eight interviewed participants (physicians and nurses), distributed into different sample groups in order to maximize variance among concepts and add new perspectives and/or hypotheses to the study. The results obtained were presented in the form of five articles. In the first article, "Study of representations: outlining an analytical category for nursing" provides a theoretical review of the concept of Representations, seeking to lend a greater specificity to the concept, within references to analytical work in the area of nursing. The second article, "The representational structure of intensive care for Mobile ICU professionals" analyzes social representations of intensive care for professionals who work in mobile intensive care units, through free evocations surrounding the term "care inductor for a life or death patient (*indutor cuidado a pessoa em risco de vida*)". The representational structure revealed by its participants refers especially to the functionality of intensive care, distinguished by the challenges and stimulus it offers

to whomever works in this area. The third study, “Representations of care on the threshold of life: interactions lived by Mobile ICU professionals” sought to comprehend the representations for care for people on the threshold of life for health professionals who work in Mobile ICUs. Its analysis produced four categories: the sense of care on the threshold of life; guided by responsibility; which conducted the study to identifying the central theme: *Representations of care on the threshold of life*. The fourth article, “Glimpsing care on the threshold of life for Mobile ICU professionals” unveils the phenomenon: Glimpsing care on the threshold of life as an interactive, dynamic, and complex process in Mobile ICUs. It was constituted upon the categories: Recognizing the Mobile ICU as an arena for care/relating to the other; Reflecting upon preserving life and care in the Mobile ICU; Pointing out elements and care needs beyond technique; Valuing teamwork in the responsibility of care; and Contrasting the relationship feelings of intensive care. The fifth article, “Theoretical Essay: Representations and the Grounded Theory as methodological proposals in nursing research”, discusses qualitative nursing research and how the utilization of these approaches in triangulating methods may contribute to the scientific advance of nursing. As such, the results of this thesis affirm that Human beings at risk/ the threshold of life show themselves in tenuous and vulnerable conditions, which demands complex care from health care professionals, whether through knowledge, abilities, ethical attitudes, security, sensibility, and responsibility which overcomes the apparent gravity.

Keywords: Nursing. Intensive Care. Qualitative research. Intensive Care Unit.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. **El cuidado de la persona en el umbral de la vida:** los significados de las interacciones y las representaciones de los profesionales de la salud de la unidad móvil de cuidados intensivos. 2010. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. 276 p.
Orientadora: Dr^a. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMEN

Se trata de un estudio de carácter cualitativo, interpretativo y analítico, cuyos objetivos fueron: comprender las representaciones que los significados de cuidar personas en el umbral de la vida tienen para los profesionales de la salud de las UCI móviles, a través de las interacciones experimentadas en la red de cuidado, las cuales han sido examinadas por el marco referencial de Trías y de la complejidad; y, construir un marco teórico sobre la complejidad de cuidar personas en el límite de la vida. Para entender y aprehender el cuidado en el umbral de la vida como un proceso articulado a partir de las interacciones y las interconexiones de los diversos actores sociales, este estudio se basó en el soporte teórico de la Teoría del Límite propuesta por Trías, así como en el marco referencial de la complejidad y los sistemas complejos de cuidado. La trayectoria metodológica se basó en las Representaciones y en la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) que de manera sistemática, creativa e interactiva, permitió develar las representaciones y los significados del cuidado en el umbral de la vida. El contexto del estudio fue el servicio de Atención Móvil de Emergencia de la Gran Florianópolis. En total, la muestra teórica consistió en veintiocho participantes entrevistados (médicos y enfermeros), distribuidos en diferentes grupos de la muestra, con el fin de maximizar la variación entre los conceptos y añadir nuevas perspectivas y/o hipótesis al estudio. Los resultados fueron presentados en forma de cinco artículos. En el primer artículo, "Estudio de las representaciones: esbozo de una categoría de análisis para la enfermería", se llevó a cabo una revisión teórica sobre el concepto de Representaciones, que busca dar mayor especificidad a este concepto, que es referencia en el trabajo analítico sobre la disciplina de la enfermería. El segundo artículo, "La estructura de representación del cuidado intensivo para profesionales de UCI móviles", tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales del cuidado intensivo para profesionales que trabajan en la unidad de

cuidados intensivos móviles, a través de evocaciones libres al término inductor: cuidado a personas en riesgo de vida. La estructura de representación revelada por los participantes, se refiere especialmente a la funcionalidad del cuidado intensivo, distinguiéndolo por los retos y estímulos que proporciona a quien desempeña funciones en esa área. En el tercer estudio, "Representaciones de cuidar en el umbral de la vida: las interacciones experimentadas por los profesionales de UCI móviles", se trató de comprender las representaciones de cuidar personas en el umbral vida para los profesionales de la salud que trabajan en UCI móvil. A partir del análisis surgieron cuatro categorías: el sentido del cuidado en el límite de la vida; la UCI móvil como espacio del cuidado; la experiencia de cuidar en UCI móviles, y, el trabajo en equipo: guiándose por la responsabilidad; lo que nos llevó a identificar el tema central: Representación del cuidado en el umbral de la vida. En el cuarto artículo, "Vislumbrar el cuidado en el umbral de la vida para los profesionales de UCI móviles", se revela el fenómeno: Vislumbrar el cuidado en el límite de la vida como un proceso interactivo, dinámico y complejo en UCI móviles, constituido a partir de las siguientes categorías: Reconocer la UCI móvil como espacio de cuidar/relacionarse; Reflexionar sobre el mantenimiento de la vida en el cuidado en UCI móvil; Señalar elementos y necesidades del cuidado más allá de la técnica; Valorar el trabajo en equipo en la responsabilidad de cuidar; y, Contrastar los sentimientos en la relación del cuidado intensivo. En el quinto artículo, "Ensayo teórico: Representaciones y la Teoría Fundamentada en las investigaciones en enfermería como propuestas metodológicas", se discute acerca de la investigación cualitativa en enfermería y cómo el uso de tales planteamientos en una triangulación de métodos puede contribuir al avance científico de la enfermería. Así, los resultados de esta tesis han puesto de manifiesto que los seres humanos en situación de riesgo/límite de vida se muestran en condición tenue y vulnerable, por lo que se requiere de los profesionales de la salud un cuidado complejo, ya sea a través del conocimiento, habilidades, actitudes, ética, seguridad, sensibilidad y responsabilidad que vaya más allá de la aparente gravedad.

Palabras clave: Enfermería; Cuidados Intensivos; Investigación cualitativa; Unidad de Cuidados Intensivos.

LISTA DE ABREVIATURAS

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU (França) – Service d' Aide Médicale Urgente
NEU – Núcleo de Educação em Urgência
HGCR – Hospital Governador Celso Ramos
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
SAPH – Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar
APH – Atendimento Pré-Hospitalar
SEM – Serviço de Emergência Médica
CBM – Corpo de Bombeiros Militar
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SBV – Suporte Básico de Vida
SAV – Suporte Avançado de Vida
USA – Unidade de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico
NC – Núcleo Central
EP – Elementos Periféricos
TFD – Teoria Fundamentada nos Dados
TALP – Técnica da Associação Livre de Palavras
EVOC – Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse dès
Èvocations
OME – Ordem Média das Evocações
INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Processo de Codificação..... **87**

Figura 2 : Esquema do quadro de quatro casas para análise das evocações. **102**

ARTIGO 2

Figura 1: Quadro de quatro casas das evocações ao termo indutor cuidado à pessoa em risco de vida. Florianópolis-SC, 2009. **132**

ARTIGO 4

Figura 1: Apresentando o fenômeno Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis. Novembro, 2010. **184**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Primeiro grupo de entrevistas, formado por dezoito profissionais de saúde. Florianópolis, 2008.	93
Tabela 2: Segundo grupo de entrevistas, formado por seis profissionais gestores de saúde. Florianópolis, 2008.....	94
Tabela 3: Terceiro grupo de entrevistas, formado por quatro docentes de saúde. Florianópolis, 2008.....	96
Tabela 4: Exemplo de codificação aberta.....	104

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE TABELAS.....	21
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	25
1.1 INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	33
2.1 O CUIDADO HUMANO.....	33
2.1.1 O cuidado para a Enfermagem	38
2.2 UTI: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	39
2.3 RECONHECENDO OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR (SAPH) E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.....	43
2.3.1 Unidade de Tratamento Intensivo Móvel.....	48
2.4 O CUIDADO PARA OS PROFISSIONAIS EM UTI	50
3 REFERENCIAL TEÓRICO	57
3.1 O PENSAR COMPLEXO.....	57
3.2 SISTEMAS COMPLEXOS	61
3.2.1 Sistema de Cuidados de Enfermagem	64
3.3 REFLEXÕES SOBRE A TEORIA DO LIMITE.....	68
3.3.1 Eugenio Trías.....	69
3.3.2 A proposta filosófica de E. Trias.....	69
3.3.3 A ontologia do limite	71
3.3.4 O limite do ser.....	73
3.3.5 A teoria do limite na enfermagem.....	74
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	77
4.1 REPRESENTAÇÕES: APORTES TEÓRICOS	77
4.1.1 A abordagem estrutural.....	82
4.2 GROUNDED THEORY: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	84
4.3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	88
4.3.1 Cenário do estudo.....	89
4.3.2 Amostra Teórica.....	90
4.3.3 Coleta de Dados	91
4.3.4 Processamento dos dados empíricos	98
4.3.5 Análise dos dados	99
4.3.6 Evidenciando os aspectos éticos	105

5 RESULTADOS	107
5.1 ARTIGO 1 - ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES: DELINEAMENTO DE UMA CATEGORIA ANALÍTICA PARA A ENFERMAGEM.....	109
5.2 ARTIGO 2 - A ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DO CUIDADO INTENSIVO PARA PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS	125
5.3 ARTIGO 3 - REPRESENTAÇÕES DO CUIDAR NO LIMIAR DA VIDA: AS INTERAÇÕES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS.....	143
5.4 ARTIGO 4 - VISLUMBRANDO O CUIDAR NO LIMIAR DA VIDA PARA OS PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS	169
5.5 ARTIGO 5 - ENSAIO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES E GROUDED THEORY NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM COMO PROPOSTAS METODOLÓGICAS.....	189
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	209
REFERÊNCIAS.....	215
APÊNDICES	227

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

Vivemos num mundo marcado pelo incessante enfrentamento das incertezas e/ou das aparentes certezas, principalmente, num campo tão vasto e complexo como o da saúde, que requer dos profissionais um trabalho consciente e comprometido com as mudanças que envolvem a sociedade e o ser humano nas diferentes dimensões e ambientes. Emergem continuamente avanços na saúde e nas telecomunicações, revoluções no campo da genética e da biotecnologia, entre outros. Em contrapartida, emergem com mais intensidade os problemas/doenças sociais caracterizados pela fome, miséria, violência, drogas, falta de moradia e de saneamento básico, problemas visível-invisíveis das mais variadas origens e espécies.

O emaranhado de relações oriundas do desenvolvimento histórico-cultural leva a admitir que a sociedade, ao mesmo tempo em que busca os progressos, não se preparou para lidar com eles. A produção do conhecimento também sofre com as dificuldades conceituais comuns à área do saber e com as muitas mudanças na configuração mundial – resultante da crise da modernidade e da emergência da pós-modernidade, principalmente pelas quedas dos regimes autoritários, a transnacionalização, entre outros.

Especificamente, as conquistas na área das ciências da vida e da saúde, nas últimas décadas, tem sido de efeitos impressionantes e suscitado nova atenção. Contudo, a pesquisa e aplicação dos avanços científicos não podem ser vistos restritos a uma ação científica, mas em sua universalidade, fundamentados num paradigma articulado com a realidade que leve ao respeito pela vida e pela dignidade humana. Por tratar de valores como a vida e a morte, o cuidado em prolongar a vida, as vivências do cuidar no limiar da vida se constitui na temática deste estudo. O cuidado no limiar da vida é o tema dos limites, do inesperado, da extrema contradição, do impensado e do repentino, do urgente, da emergência, do estresse, da finitude, da perda e da angústia.

Nessa linha, há que se lembrar da existência como um dos maiores mistérios da humanidade. Não o fato de existirmos como fenômeno da vida, mas o existir em sua consciência. Trata-se de um tema bastante complexo, pois indagamos frequentemente: qual é a fronteira entre a vida e a morte? Até onde vai o nosso cuidar enquanto

profissionais que atuam em situações no limiar da vida? A complexidade em nosso contexto social tem induzido não só as várias ciências, mas também os profissionais, a buscarem novas respostas aos questionamentos advindos da própria sociedade.

Os profissionais que em seu cotidiano cuidam de pessoas no limiar da vida, vivem momentos de grandes certezas e incertezas, trilham ao mesmo tempo, caminhos de esperança e de desesperança. De um lado, a ciência avança em vertiginosa velocidade, oferecendo modalidades terapêuticas, que aumentam a perspectiva de vida das pessoas com detecção precoce de doenças, técnicas cirúrgicas modernas, objetivando a cura em potencial; de outro lado, a realidade, muitas vezes dura, da trajetória desta pessoa em seu processo de adoecer/morrer: o ferimento por armas, o inesperado acidente automobilístico, numa batalha onde nem sempre o restabelecimento da saúde é alcançado.

A imagem, os significados representacionais que ficaram registrados e que fazem parte de minha história de profissional, vêm a mente nesse momento. Esta imagem me faz lembrar o caminhar na enfermagem em emergências e dão um conteúdo sensível ao tempo, às lutas e as transformações que se processaram. Quando penso nas pessoas que, no decorrer dos anos, se fizeram presentes tanto no processo de cuidar, quanto no de pesquisar e ser cuidada, recordo da coragem nos enfrentamentos de situações difíceis, do atendimento em meio ao caos, dos cuidados de urgência numa busca constante de superação a cada dia.

A escolha por trabalhar em unidades críticas, vem do período em que desenvolvi o estágio curricular da sétima fase na disciplina de enfermagem em Urgência/Emergência durante o curso de graduação em enfermagem, pois, além de ser um campo de constante aprendizado pela diversidade de situações existentes, exige o pensar e o agir prontamente, pois se trabalha com situações extremas de vida e morte.

É notório que as unidades de terapia intensiva fixas/móveis são planejadas para prestar assistência especializada as pessoas em estado crítico, com risco de vida¹ e que exigem maior controle e assistência

¹ Há pelo menos duas explicações para o emprego de "risco de vida" no lugar de "risco de morte". A primeira delas se baseia no inegável horror que a palavra "morte" causa às pessoas, o que talvez nos faça fugir dela. A segunda explicação se assenta na idéia do cruzamento de construções ("Sua vida corre risco" com "Ele corre risco de vida", por exemplo) ou ainda na pura e simples omissão: "Correr o risco de [perder a] vida". O nome técnico em português dessa omissão (de termo que se subentende) é "elipse". A expressão "risco de vida" tem seu uso mais difundido em nossa língua. Publicado em 2001, o "Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea", da Academia das Ciências de Lisboa, dá "risco de vida" e "perigo iminente de morte" como expressões equivalentes, exemplificadas com esta frase: "O doente encontra-se em risco de vida".

médica e de enfermagem ininterruptas. Segundo Curry (1995), esses fatos justificam a introdução da tecnologia cada vez mais aprimorada na tentativa de - por meio de aparelhos - preservar e manter a vida do cliente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exigem profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados.

Não há dúvida de que o aperfeiçoamento das unidades de terapia intensiva determinou nos últimos anos, um impacto significativo no cuidado de pessoas em estado crítico. Os avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos permitiram as UTIs prolongar e salvar muitas vidas.

Minhas inquietações diante da ação do cuidar de pessoas no limite da vida vêm desde minha admissão como enfermeira assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/SC. Participei desde a sua implantação, em novembro de 2005, fazendo parte da equipe assistencial, bem como do Núcleo de Educação em Urgência (N.E.U.), criando protocolos de atendimentos e realizando treinamentos para os recém-ingressos no serviço.

Ao longo de minha trajetória profissional, fui me envolvendo com a área de urgência/emergência, tanto em nível hospitalar quanto em nível pré-hospitalar, procurando vislumbrar o cuidado nesses momentos sob uma ótica mais abrangente, coligando racionalidade e sensibilidade, tornando-o um processo interativo entre quem cuida e quem é cuidado.

Assim, meu início na área de enfermagem em urgência/emergência deu-se ainda na graduação, quando realizei meu trabalho de conclusão de curso com a finalidade de *“Cuidar de pacientes em situação de emergência/urgência e suas famílias que procuram o serviço de Emergência do HGCR, com base nos fatores de cuidado de Jean Watson”*, no ano de 2001.

Ficou evidente, naquela oportunidade, que no ambiente de emergência - local com freqüentes situações que colocam em risco a vida do/a cliente e com predominância de uma abordagem puramente biológica, voltada para a prática curativa – pode-se desenvolver um cuidado mais humanizado. O estudo demonstrou a possibilidade e a importância do/a enfermeiro/a atuar numa unidade de emergência, desenvolvendo cuidados de enfermagem com conhecimento científico, tecnologia, habilidade e ações, mas também com sensibilidade e prazer, entendendo o outro, sabendo ouvir e percebendo o outro como ser humano.

O contato que tive com pacientes durante o curso de graduação em enfermagem e enquanto enfermeira assistencial, em diferentes

setores hospitalares, especialmente em hospitais públicos, possibilitou-me dizer que há um descontentamento destes quanto aos cuidados recebidos pelos profissionais de saúde. As queixas não se referiam aos procedimentos executados, mesmo porque muitos não têm conhecimentos técnicos suficientes para avaliá-los, mas sim à forma como o cuidado era realizado pelos profissionais: com distanciamento, indiferença, incompreensão e insensibilidade.

A partir dessas constatações na prática, senti a necessidade de buscar, de conhecer, de pesquisar, o que me levou em 2004, a prestar a seleção do mestrado em enfermagem e começar um caminho novo. Uma trajetória de construir, desconstruir, e reconstruir novos conhecimentos.

Com isso, desenvolvi minha dissertação de Mestrado em Enfermagem, e optei por trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, a fim de compreender as dimensões de cuidado humano experienciado naquele ambiente pelos profissionais de saúde, clientes e familiares, fundamentado no cuidado humano complexo. O estudo fez emergir 17 idéias nucleadoras das dimensões de cuidar. A partir do estudo, percebi que o cuidado transpessoal e complexo na UTI exige do profissional enfermeiro o efetivo cuidado humano, o resgate da sensibilidade, fé, esperança, ajuda, confiança, observar enxergando o outro, percebendo melhor o que cada cliente tem a nos transmitir, incluindo dor, medo, esperança, que por serem subjetivos muitas vezes não são facilmente reconhecidos e, freqüentemente, ignorados. O/a profissional de saúde tem restringido sua atenção ao cuidado daquilo que é visível aos olhos (dimensão biológica). Percebe-se a necessidade de ampliar essa visão, principalmente dos/as profissionais de unidades críticas, onde a convivência com situações de insegurança, angústia, desconforto, ansiedade, medo do desconhecido e da morte é sempre tão próxima.

Estes anos foram de rico aprendizado, caracterizados por: o aprender a respeitar, o aprender a ser solidária, a ter compaixão com a situação de vida do outro, o aprender a enfrentar a finitude da vida que está ali colocada à nossa frente, o compreender os limites do fazer/cuidar em situações críticas e o ilimitado arsenal de possibilidades do cuidar da pessoa no limiar da vida.

Com essa pesquisa de mestrado nova inquietação começou a surgir. É como o despertar para uma nova realidade e, essa caminhada direcionou meu olhar para o cuidado em situações onde há o risco de vida e a necessidade de compreendê-lo, acentuando a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e o estabelecimento de práticas

diferenciadas de intervenções de enfermagem em conciliação harmoniosa com o exercício do cuidar sensível.

Apesar de sabermos que a morte é processo inexorável a todos os seres - *et moriemur* -, não raro se ouve a expressão: “se eu morrer...”, ao invés de “quando eu morrer...”. Todavia é fundamental saber que morte e vida são processos indissociáveis, início e fim são construtos. A vida é um processo dinâmico. Ao pensá-la surge a questão: como saber qual o limite entre vida/morte? Esse questionamento sempre fez parte do status sócio-histórico dos humanos, e com o avanço exponencial das tecnologias na área da saúde, maiores as agruras às questões éticas do morrer e do viver.

Estudos de Pereira (2000) e Machado e Figueiredo (2002) abordam relatos de pessoas que viveram o limiar da vida, os eventos presentes em sua consciência - o pós coma. As pesquisas atuais buscam conhecer os sentimentos que permearam a experiência do limite entre vida/morte dos sobreviventes (Salomé, Martins e Espósito, 2009). Porém, as pesquisas no limiar da vida ainda concentram-se nos temas relativos às experiências dos pacientes em coma. Procuo estudos que focalizem a vivência do processo de cuidar de pessoas em risco/limite da vida e os significados para esses profissionais. Percebo a carência de estudos nesta área, que a princípio tão específico, mas essa vivência é primordial ela transforma nossa prática no cuidado complexo para aquele indivíduo que está em risco/limite da vida.

A partir desse momento, o cuidar desvelou-se para cuidar além da competência técnica, como no dizer de Waldow (2005), para o cuidado humano, para o cuidado complexo. Agora penso qual o cuidado ideal para estas pessoas? Em que o cuidado fomenta a esperança: cura ou conforto (ou seria os dois)? Como aproximar o técnico e o humano? Essas são todas questões para vários estudos, nós acreditamos, mas no momento queremos saber desta pessoa, deste profissional que cuida do ser humano que esta no limite da vida, como ele representa sua vivência neste processo, que significados atribui e como o cuidado está ancorado.

Esta proposta é um veio de pesquisa pouco explorado, ainda um campo de incertezas, que precisam ser trabalhadas e isso nos fascina, enquanto enfermeiras que acompanham o cotidiano dos profissionais que cuidam de outros seres humanos no limiar do viver – do morrer. E se considerarmos que ser é cuidar, e as várias maneiras de estar-no-mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar (Waldow, 2006), irei também me aproximar do significado deste cuidado, que se encontra neste processo, compreender como o cuidado interage em que dimensão

ele fortalece ou não a luta pela vida, como esses profissionais significam este cuidado e em que bases ele se assenta.

A pertinência das crescentes indagações, provocações e/ou dilemas refletem, em última análise, o desejo de desenhar um novo significado para o cuidado de enfermagem a partir da teoria do limite e complexidade. Nessa expectativa proponho-me a buscar respostas por meio da construção de novos conhecimentos como a tese de doutoramento centrada na seguinte indagação: ***Quais os significados de cuidar de pessoa em risco/limite de vida para os profissionais de saúde em Unidade de Terapia Intensiva móvel a partir de suas experiências vivenciadas nesta rede de cuidado?***

Para uma melhor compreensão sobre esta vivência, definiu-se, ainda, como questão de pesquisa: ***Como os profissionais de saúde representam o cuidar de pessoas em risco/limite da vida?***

A partir dos pressupostos da teoria do limite e da complexidade, da experiência concreta e dos questionamentos até aqui explicitados, parte-se do pressuposto de que: **Os seres humanos em risco/limite da vida se mostram em condição tênue e vulnerável, o que demanda dos profissionais de saúde um cuidado complexo, seja através de conhecimento, habilidades, atitudes éticas, segurança, sensibilidade e responsabilidade que ultrapasse a gravidade aparente.**

Para alcançar uma resposta para as questões norteadoras, busquei um referencial que fosse capaz de revelar não apenas respostas, mas indícios do contexto da construção destas, um referencial que me possibilite descobrir o que essas pessoas apontam da vivência do cuidar em suas redes de interações. Assim, a teoria do Limite de Eugênio Trías e a Complexidade formaram meu referencial teórico, no desvelar das diversas interfaces deste processo. O reconhecimento da complexidade e das contradições das vivências do processo de cuidar no limiar da vida, possibilitaram a compreensão desta realidade.

No campo limite da vida, ainda há muito a ser discutido e desvelado, principalmente, quando este é associado ao cuidado de enfermagem/saúde. É preciso que se multipliquem as iniciativas e que haja o suporte ao cuidado as pessoas com risco de vida, o qual gera, ainda, muita insegurança e dúvida. A Universidade, nesse espaço, é um órgão de fomento à construção de novas práticas associadas às aspirações e transformações de uma nova educação, centrada na formação de cidadãos visionários e solidários com as questões advindas da própria sociedade.

Assim, ancorada na teoria do limite e complexidade, no desejo de construir um referencial específico para a enfermagem, voltado para os

significados do cuidado no limiar da vida e almejando estabelecer uma matriz de cuidado a partir das Representações, explicitamos os objetivos que visam:

- Compreender as representações com ênfase nos significados do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde em Utis móveis, através das interações vivenciadas na rede de cuidado pelo referencial de Trias e da complexidade; e
- Construir uma matriz teórica sobre a complexidade do cuidar de pessoas no limite da vida.

Com o problema delimitado e o referencial teórico definido, partiu-se para a escolha da metodologia, onde optou-se pela escolha das Representações e da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A escolha desses referenciais metodológicos foi motivada, primeiro pela relevância do tema Cuidar no Limite da Vida, um tema instigante e que se constitui um objeto adequado para o estudo das representações e para a construção de uma teoria substantiva através da TFD, do qual procurou-se conhecer a dinâmica do fenômeno, através da análise das categorias representadas nas falas dos profissionais. Segundo porque, existencialmente, o cuidado esta conectado a nossa vivência enquanto cuidadoras e nos levou a querer compreender como o cuidado emerge e interage nesta relação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a compreensão desta tese, entendo que se faz necessário algumas considerações literárias, assim, apontarei a seguir os recortes da literatura com o olhar de minha vivência profissional. Não se trata aqui, de abranger toda a literatura existente. No decorrer do trabalho de pesquisa e da redação do texto final da tese realizei aproximações sucessivas com novos estudos e publicações, que se fizeram necessários para a compreensão do objeto de investigação.

Para uma melhor compreensão, dividimos em quatro itens, cada qual contemplando uma das partes da proposta de estudo em questão. A primeira parte, abrange algumas reflexões relacionadas ao cuidado humano, que fundamentam a postura teórico-prática desse estudo. Prossigo com uma retrospectiva histórica da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel e hospitalar, a fim de compreender como se deu sua criação e evolução através dos tempos, em seguida apresento o cuidado de enfermagem e a complexidade que envolve o trabalho nesta Unidade, relatando os aspectos relativos ao cuidado no limite da vida - eixo central no desenvolvimento do processo de cuidado.

2.1 O CUIDADO HUMANO

Neste momento, dentre as diversas dimensões que compõem a noção de cuidado, optamos por fazer alguns recortes da literatura. Há diversos estudos sobre o fenômeno do cuidado a nos suscitar estudos e reflexões. Ressaltamos que não é o nosso objetivo realizar um embate com os teóricos do cuidado, mas na diversidade dos olhares nos aproximarmos da relação de cuidado e da pessoa em risco de vida.

Temos como pressuposto que o cuidado antecede a ação do cuidar e constitui a essência do ser. (HEIDEGGER, 2005; BOFF, 2004; WALDOW, 2006).

O cuidado vem se constituindo no foco e expressão essencial da enfermagem ocupacional e profissional ao longo da nossa história (SILVA, 1997). Contudo, a evolução histórica das teorias da enfermagem demonstra que somente nas últimas duas décadas temos emergido como líderes na conceituação e estudo sobre o cuidado.

Qualquer alusão a respeito da compreensão de cuidado, faz-se necessário um breve retorno ao passado e atentar para o decurso da

história do homem no que tange à perpetuação da espécie. A história da civilização humana demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões conforme demonstram Waldow (2006) e Collière (1989).

O cuidado é pertinente às espécies vivas. Os mais variados animais cuidam de suas crias desde que nascem, até que atinjam maturidade suficiente para seguirem sozinhas na procriação e na luta pela preservação da espécie. Para Capra (1996, p.25) “toda a vida animal precisa de cuidados para continuar existindo, sendo assim, o cuidado é uma ação ligada ao instinto de sobrevivência e de preservação da espécie animal”. O cuidado humano, porém, se diferencia porque, além do instinto de preservação e sobrevivência, está ligado também à racionalidade e a sensibilidade.

De acordo com Waldow (2005), o cuidado inicia como um meio de sobrevivência e também como expressão de interesse e afeto, sendo aperfeiçoado nos seres humanos, através do uso de símbolos lingüísticos.

Segundo Collière (1989), o cuidado é parte integrante da vida, sendo que nenhuma espécie viva pode subsistir sem cuidado. Como sinônimo da palavra cuidado, a expressão tomar conta é uma das mais antigas expressões da história do mundo. É característica própria da humanidade, constituindo-se na mais antiga prática da história do mundo. Estas práticas de cuidado, sejam de caráter formal/profissional ou informal/popular, foram influenciadas pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época. Esta autora ressalta ainda que tem sido preciso “cuidar de”, não apenas seres humanos, mas também de tudo que contribui para sua sobrevivência.

No processo de adoecer a existência do outro – do cuidador, é vital frente a fragilidade, as angústias dos enfrentamentos, o temor da possibilidade da morte, auxiliando na reorganizando de sua vida, no engajamento para enfrentar as dificuldade então,

o cuidar pressupõe, colocar-se ao lado do sujeito, inclinar-se diante de sua dor [...] o cuidar pressupõe um exercício permanente de liberdade que permita ao cuidador entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro e também com aquelas mobilizadas em si pelo paciente para poder compreendê-las como informações importantes a respeito daquilo que ocorre com eles. (VOLICH, 2004, p.82)

Este cuidado, que teve origem nas próprias raízes da vida, por milhares de anos no decorrer da história deste mundo esteve ligado, então, a sobrevivência dos seres humanos. Podemos afirmar que o cuidado humano surge juntamente com a própria vida tendo por finalidade preservá-la, fortalecê-la e aperfeiçoá-la.

Por séculos as práticas de cuidado se caracterizaram por uma forma empírica de serem concebidos e prestados, estando muito calcado nas forças místicas e da natureza, não pertencendo a uma profissão, mas estando relacionados a qualquer sujeito que, de alguma maneira, ajudasse outro (FREITAS, 2000).

Do ponto de vista histórico, não há muita precisão sobre quando começou haver condutas de cuidados diferenciados entre os seres humanos. Waldow (2006) afirma que o cuidado se inicia ou se expressa de duas maneiras: como uma forma de sobrevivência e como uma expressão de interesse e carinho. A primeira forma se observa indiscriminadamente em todas as espécies e sexos: homens, mulheres, plantas e animais, mas nos seres humanos, por sua capacidade de raciocinar, o priorizam e sofisticam com o tempo. A segunda forma se observa somente em humanos, através da linguagem, para comunicar-se com os outros em seu próprio benefício, ainda que tristemente nem sempre ocorra assim.

Saltando a evolução histórica do homem, percebe-se que a civilização moderna adota em certa medida novas concepções para o cuidado. Com o advento da racionalidade e a penetração cada vez maior do científico na esfera social, o cuidado passa para o plano da profissão no que se refere à saúde dos indivíduos e é ajustado pelos profissionais.

A origem do termo ‘cuidado’, de acordo com Volich (2004, p.64), é derivada do antigo inglês ‘carion’ que tem o sentido de ter preocupação, bem como do termo gótico ‘kara/karon’:

Como substantivo cuidado deriva-se de kara, que significa aflição, pesar, tristeza. Como verbo, cuidar (de carion) significa “ter preocupação por”, ou “sentir uma inclinação ou preferência”, ou ainda, “respeitar/considerar” no sentido de ligação, de afeto, amor, carinho e simpatia.

Para Reich (1995) a filosofia da palavra ‘cuidado’ aponta sua derivação do latim *cura* (cura), que constitui um sinônimo erudito de cuidado. Na forma mais antiga do latim, a palavra cura escreve-se *coera* e é utilizada num contexto de relação de amor e amizade, para expressar

uma atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação.

Ainda de acordo com esse autor, estudos filosóficos indicam outra origem para a palavra cuidado, derivando-a de *cogitare/cogitarus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo ou preocupação.

Ao nos reportarmos para a primeira descrição da derivação da palavra ‘cuidado’, esta nos dá a idéia de fazer alguma coisa, de realizar uma ação, assumindo a conotação de atenção, simpatia, preocupação com algo ou alguém e também a idéia de amor, carinho e dedicação.

Na segunda derivação de cuidado apresentada, nota-se que a natureza da palavra ‘cuidado’ inclui duas significações intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida.

Ao encontrar definições distintas da palavra cuidado, resolvi investigar o significado dessa palavra nos dicionários. Encontrei em Ferreira (2009) os seguintes significados – *Cuidado*: atenção, preocupação, cautela, diligência, desvelo, zelo, encargo, responsabilidade, inquietação de espírito, conta. *Cuidar (do latim cogitare)*: imaginar, pensar, meditar, cogitar, julgar, supor, aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação, atentar, pensar, refletir, ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, sua aparência ou apresentação, ter cuidado, tratar, prevenir-se, acautelar-se. No dicionário de filosofia de Abbagnano (2003, p.224), “*cuidado é preocupação; reporta-se ao conceito de Heidegger, em que o cuidado é a totalidade das estruturas ontológicas do ser-aí, enquanto ser-no-mundo*”. Em outros termos, de compreender todas as possibilidades da existência quando vinculadas às coisas e aos outros homens e dominados pela situação.

Kierkegaard é o primeiro filósofo a fazer uso da noção de cuidado ou preocupação. Introduce as noções de preocupação, interesse e cuidado para contrapor o que considera a excessiva objetividade da filosofia e da teologia formuladas no começo do século XIX. Para ele, a consciência está inerentemente preocupada com quem conhece e com os conflitos que podem surgir a partir do que é conhecido na reflexão, trazendo os elementos objetivos desta para um real relacionamento com o sujeito do conhecimento através do cuidado e da preocupação. Uma relação pessoal com a verdade é a base da teoria do conhecimento de Kierkegaard (REICH, 1995).

Na filosofia de Martin Heidegger (2005), um dos mais originais e

influentes filósofos do século XX, o cuidado não é apenas um conceito entre os demais, mas seu eixo central, o que o faz ser considerado como filósofo do cuidado. O desenvolvimento de sua noção de cuidado deriva do mito de origem greco-latina do cuidado, onde justifica seu pensamento fundamental de que o ser humano leva a marca do cuidado.

O cuidado para Heidegger (2005), é prioridade, anterior a qualquer atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que o cuidado se encontra em toda atitude e situação de fato, significa reconhecer o cuidado como um modo de ser essencial. O cuidado entra na natureza e constituição do ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o homem desestrutura-se, define, perde sentido e morre.

Já para o filósofo norte-americano Mayeroff (1971, p.47)

Cuidar de alguém implica entendê-lo, adentrar o seu mundo, perceber-se fazendo parte deste mundo; implica vê-lo, tanto quanto possível com seus olhos, em compreender como é a vida para ele e o quanto ele se esforça para ser e do que ele precisa para crescer.

O autor complementa a presente descrição quando afirma que o cuidar não se refere apenas às pessoas, mas as coisas ao nosso redor, como, por exemplo, cuidar de uma idéia, um ideal, uma obra de arte ou uma comunidade. Dessa forma, o autor reconhece que ao cuidar experiênciam-se o outro ser de forma a considerá-lo com capacidade e necessidade para crescer.

Para o teólogo brasileiro Boff (2004), cuidar é mais que um ato; é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro. A atitude de cuidar gera atos que denotam preocupação com as pessoas, zelo pelas relações de amizade, interesse pelo bem estar, desvelo para tornar o ambiente agradável e diligência para resolver os assuntos. Boff ainda refere que o ser humano é único, livre e criativo. Como ele vai desenvolver sua habilidade de cuidar (de si mesmo, dos outros, do planeta) tem a ver com o seu interesse em detectar e decidir sobre qual é o sentido de cuidar.

O cuidar é uma ação que afeta tanto o profissional, quanto a pessoa que é cuidada. A relação estreita entre eles promovem questionamentos, respostas, dúvidas, certezas, incertezas, que funcionam como elementos de avaliação na relação do cuidar.

2.1.1 O cuidado para a Enfermagem

Na segunda metade do século XIX, Florence Nightingale, com sua vocação para o cuidar, já exercia o cuidado dentro de uma visão holística do ser humano e valorizava os fatores ambientais, entendendo como influentes no comportamento humano.

O modelo nightingeliano difundiu-se e influenciou, por anos, os cuidados dispensados pela Enfermagem em inúmeros países, inclusive no Brasil. Posteriormente, inúmeros referenciais emergiram e se consolidaram, colocando o cuidado como essência e/ou objeto focal da enfermagem (SILVA, 1998).

O enfoque no cuidado teve seu início em meados de 1970, através do trabalho de Leininger (1991; 1981). Sua teoria, mais conhecida como teoria transcultural do cuidado, identificou construtos de cuidados e Leininger apresentou também distinção entre cuidado em sentido genérico, cuidado profissional, e cuidado profissional em enfermagem. Watson (1985; 2002), discípula de Leininger, iniciou pouco depois sua caminhada em direção a uma teoria do cuidado.

O cuidado é considerado objeto do trabalho de enfermagem para Orem (1985) e como o ideal moral da enfermagem para Watson (2002). Para Waldow (2006) o cuidado é visto como fenômeno resultante do processo de cuidar. Paterson e Zderad (1988) vêem o cuidado como experiência vivida entre os seres humanos, como forma de interação entre enfermeira/o e o ser cuidado.

Erdmann (1996, p.124), estudando os sistemas de cuidado de enfermagem, concluiu que “o cuidado está presente na vida humana, no seu processo vital desde o pré-conceber até o morrer”. Para a autora, o ato/ação de cuidar pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido e transmitido/partilhado, apesar de ser único, particular e singular, porém em momentos, espaços e movimentos isolados das situações múltiplas do viver social.

Para Silva (1997) cuidar é mais que um ato físico. Segundo a autora, o cuidado Transdimensional é como um paradigma emergente, tem como foco o centro espiritual do ser. Os seres envolvidos no processo participativo e reflexivo do cuidado, em uma relação de interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam novas experiências, através das quais se auto-conhecem e se auto-transformam.

Diante da multiplicidade de olhares, o cuidado para a enfermagem transmite uma noção de desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar

implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos seres humanos e de suas relações sociais, dentre estas o nascimento, a promoção/recuperação da saúde e a própria morte. Compreender o valor do cuidado na enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade e escolhas.

Ao posicionar o cuidado de enfermagem no contexto de um agir ético/solidário na vida e na morte, a enfermagem respeita as razões morais de cada ser cuidado ao mesmo tempo em que convive com dores e alegrias advindas da relação interpessoal. Ao operar nesta dimensão, às vezes extremas, o cuidado orientado pela solidariedade na complexidade busca a simetria e o equilíbrio nas suas múltiplas atividades enquanto função norteadora.

Assim, o cuidado tem sido abordado na literatura de enfermagem como ontologia, epistemologia, ética, metodologia de investigação, prática organizacional, como práxis e como uma pedagogia. Do mesmo modo, as definições do cuidado têm abrangido tanto a concreta função do *fazer* como as formas de conhecimento, as formas de investigação como as formas de *ser*; o cuidado tem sido ligado ao contexto transcultural, bem como a uma abordagem feminina em direção ao conhecimento e desenvolvimento de novas formas de consciência.

A multiplicidade de teorias desenvolvidas nas quais o cuidado é relevante, tem oferecido importantes contribuições para a afirmação da Enfermagem, enquanto ciência e arte, fundamentada num saber próprio. O despertar para a necessidade do verdadeiro cuidado – o cuidado humano – já trouxe avanços importantes para o conhecimento de enfermagem. Cumpre, então, incorporar ao fazer enfermagem este aspecto primordial destacando o cuidado como verdadeira essência da profissão.

2.2 UTI: ASPECTOS HISTÓRICOS

Há mais de 125 anos Florence Nightingale declarava que o mínimo que se pode esperar de um hospital é que não prejudique as/os pacientes. É uma frase que nos dá o quadro exato do que eram os serviços médicos e de

enfermagem nos hospitais da época. A Enfermagem estava apenas começando e Florence Nightingale não poderia nem de longe imaginar a complexidade dos hospitais e dos serviços de nossos dias (SILVA, 1997, p. 40).

A unidade de terapia intensiva, “lócus” onde se desenvolveu esse estudo, se constitui em um destes serviços, que vem a cada dia atingindo níveis cada vez mais complexos, dado o avanço científico e tecnológico da atualidade.

A primeira mentora de uma modalidade de cuidados, hoje denominada UTI foi Florence Nightingale quando buscou um método para observar continuamente muitos pacientes devido à escassez de pessoal, na guerra da Criméia. Naquela época, Florence descreveu a necessidade do uso de áreas especiais separadas nos hospitais, perto das salas de operação, para recuperação dos pacientes dos efeitos imediatos das cirurgias. Classificava também os pacientes de acordo com o grau de dependência, fazendo com que os mais graves ficassem próximos aos locais de trabalho das enfermeiras, facilitando a vigilância contínua e melhores cuidados. Conforme Gomes (1988, p.3) “o critério assim estabelecido e baseado no grau de dependência do paciente é conhecido como – vigilância Nightingale – e persiste ainda hoje, com algumas modificações”.

Com a evolução da ciência e os avanços cirúrgicos, observou-se a necessidade de propiciar melhores cuidados aos clientes potencialmente graves. A enfermagem começou então, a adquirir a responsabilidade de realizar estes cuidados. Fairman (1992, p. 52) diz que

...as enfermeiras tradicionalmente protegiam seus pacientes criticamente doentes de dois modos: pela observação intensiva ou vigilância atenta, e pela triagem dos pacientes, a escolha, o agrupamento e o arranjo espacial dos pacientes de acordo com sua estabilidade fisiológica. Estas práticas requeriam mais das enfermeiras do que apenas o uso do senso comum. As enfermeiras aplicavam seus conhecimentos e suas habilidades intuitivas para implementar a triagem e manter a intensa observação dos pacientes.

Esta necessidade de colocar em determinado local do hospital

clientes gravemente enfermos, veio ao encontro do objetivo de atender rápida e eficazmente os clientes graves, minimizando esforços e concentrando recursos que possibilitassem a redução de custos, permitindo maior abrangência no atendimento qualificado de doentes, além de melhorar a assistência individualizada (KNOBEL; KÜHL, 1998).

Na década de 50, as unidades de terapia intensiva tiveram um reconhecimento formal de sua necessidade, quando intensificou-se a “corrida” em busca do aparato tecnológico que melhor atendesse o cliente crítico ali internado. Nesta época, a enfermagem começa, então, a lidar com novas tecnologias, adaptando-as ao seu trabalho (BARBOSA, 1995). No entanto, a preocupação maior era com o aprendizado destes profissionais para manusearem as “máquinas”. O indivíduo hospitalizado na UTI era, e ainda é em muitos locais, visualizado como uma máquina, ou seja, a atenção está voltada para os aparatos tecnológicos e procedimentos invasivos. A intimidade e a privacidade deste sujeito, geralmente é esquecida e o relacionamento deste ser com seus familiares e amigos é restrito a alguns minutos de visita diária.

No Brasil, as UTIs hospitalares surgiram na década de 70, sendo hoje quase impossível encontrar a ausência destas unidades nos hospitais de médio e grande porte, especialmente nas principais cidades de nosso país. Esta expansão gerou a necessidade de trabalhadores qualificados e especializados, tendo em vista os aparatos tecnológicos utilizados nesta área. Neste período, foram então, incluídos conteúdos específicos nos currículos de enfermagem (BARBOSA, 1995).

As unidades de Terapia Intensiva contemporâneas, são consideradas unidades críticas para os ambientes hospitalares, assim, com as emergências. Trevisan (2005, p.37) conceitua unidade crítica como:

unidades fechadas que atendem pacientes com risco de vida, com possibilidades de recuperação, ou em condições especiais, como no processo de parto, recuperação anestésica, emergências, entre outros. São compostas por pacientes que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência das alterações fisiopatológicas e que supõem a ação de uma equipe de saúde especializada, bem como normas e regulamentos específicos para o seu funcionamento.

O Ministério da Saúde (2007, p. 9) define UTI 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 médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados”.

Frente aos aparatos tecnológicos existentes nas UTIs e a grande quantidade de procedimentos a que são submetidos os sujeitos que ali se encontram, o ambiente da UTI é descrito por Figueiredo et al (1998, p.136) como “um dos mais agressivos e traumatizantes”.

Assim, a UTI apesar de ser o local ideal para atendimento de pessoas hemodinamicamente instáveis, em risco de vida, parece ser um dos ambientes mais tensos e hostis do hospital tanto para os clientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde (SILVESTRE, 2006). Estas questões parecem não favorecer a humanização do atendimento em saúde, tanto pela ótica do usuário como pela ótica dos profissionais dos serviços de saúde.

O modelo até então adotado, com enfoque “biologicista”, próximo do paradigma médico, tanto no processo formador quando no contexto do mercado de trabalho, faz com que a/o enfermeira/o apreenda o ser humano como seu objeto de controle, passível de sua intervenção, ignorando, muitas vezes, suas necessidades emocionais. Esta atitude resulta em uma assistência dicotomizada, reveladora, às vezes, de insatisfação pessoal e profissional, em face da falta de uma instrumentalização adequada e efetiva para a assistência humanizada (NAZÁRIO, 1999).

Não quero aqui desconsiderar o enfoque biológico e tecnológico, até porque dada as características estruturais do Sistema de Saúde, bem como das carências, em sua maioria, presentes na população brasileira, necessitando de atendimento biológico imediato, as intervenções tecnológicas empregadas são indispensáveis. Concordo com Vargas (2000) que a tecnologia é um apoio e não um obstáculo para a prática de cuidar do ser humano, que sente, pensa e necessita de outro ser humano.

Este autor salienta (p. 248):

La utilización de la tecnología como ayuda para el cuidado de las personas, cuando por sus condiciones de salud se requiere, no debe permitir que nos ciegue de tal forma que se desplace y reste importancia a la persona, sujeto de nuestro cuidado. Se debe recordar siempre que ésta es para el beneficio de la persona y no en sentido contrario.

Nazário (1999) afirma que, a/o enfermeira/o que atua numa unidade crítica deve possuir conhecimento, perícia e experiência clínica, com ênfase nas habilidades de comunicação, avaliação das/os clientes e determinação de prioridades. Para Figueiredo *et al* (1998), a qualidade do cuidado de enfermagem envolve além de uma prática incluindo desenvolvimento de técnicas, habilidades psicomotoras e conhecimento científico, a capacidade de saber se emocionar, criar, sonhar, intuir, imaginar, pesquisar e cuidar. Os cuidados a/ao cliente numa unidade crítica não dependem de uma só pessoa, mas do trabalho de uma equipe humana que deve ser coordenada corretamente.

2.3 RECONHECENDO OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (SAPH) E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Até a metade do século XIX, não havia transporte sistematizado para resgate ou remoção de feridos. Nas guerras, os enfermos eram colocados em padiolas, carroças ou charretes tracionadas por animais, e levados até um local onde pudessem ser tratados. Supõe-se que essa forma de traslado acabava por trazer diversas conseqüências à maioria dos enfermos, ocasionando-lhes, invariavelmente, a morte.

Se nos reportarmos à Segunda Guerra Mundial (1939-1945), poderemos constatar que o transporte demorado dos feridos foi um dos grandes responsáveis por um número expressivo de militares e civis mortos, diferentemente do que aconteceu nas Guerras da Coréia, do Vietnã, nas quais esse tipo de traslado foi aprimorado.

As guerras do Vietnã, Coréia, comparadas à II Grande Guerra, demonstraram que a brevidade na remoção dos feridos em batalha para uma unidade de tratamento, acompanhada de medidas de estabilização durante o transporte, produzia significativa diminuição na mortalidade. Chegou-se a calcular que a cada trinta minutos de retardo na remoção a mortalidade aumentava três vezes e que 18% morriam, por falta de cuidados elementares de assistência, antes ou durante o transporte (RAMOS; SANNA, 2005, p. 71).

Assim, o atendimento de emergências/urgência surgiu durante o

período das grandes guerras, com a necessidade de atender vítimas no local da ocorrência. O primeiro veículo destinado ao transporte de pacientes, data de 1792 e estava designado a desenvolver um sistema de cuidados médicos para o Exército Francês. Este sistema continha preceitos que utilizamos atualmente, sendo eles: “rápido acesso ao paciente por profissionais treinados; tratamento e estabilização no campo; rápido transporte aos hospitais apropriados” (NITSHKE et al, 2008, p. .35).

O aumento dos índices de mortalidade por causas externas, sobretudo as causas violentas, foram o impulsor que levou à criação, nas grandes cidades européias e norte-americanas de sistemas de APH (atendimento pré-hospitalar) com princípios e métodos semelhantes àqueles criados nas guerras, para resgatar os feridos e transportá-los para os hospitais de campanha. Em sua criação, o APH móvel, trouxe consigo uma histórica divisão da trajetória que se constituiu em experiências distintas, dando origem a dois modelos diferentes de atenção à saúde que se tornaram referências para vários países, dentre eles o Brasil.

O modelo francês foi criado em 1965, pelo Ministério de Saúde e dos Esportes da França que impôs a alguns centros hospitalares a adoção de meios móveis de socorro. Assim, o SAMU (Service d’Aide Médicale Urgente) francês foi criado para administrar as chamadas médicas que apresentavam características de emergência. Foi denominado inicialmente de *Hôpital Mobile Intensive Care Units* (H-MICU), Unidades de Terapia Intensiva Móveis - UTI Móveis, (FRANÇA, 2010). Essas Unidades estavam inicialmente voltadas para os atendimentos em estradas, estendendo seu campo de ação para as intervenções não traumatológicas, transportes inter-hospitalares e chamadas da população por ansiedade, quer sejam de uma urgência vital ou simplesmente sentidas como tal (PORCIDES et al., 2006).

Este modelo nasceu através dos médicos responsáveis pelos atendimentos às urgências que começaram a sair nas ambulâncias. Eles perceberam que, tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas terapêuticas fossem tomadas no local, as chances de sobrevivência e a redução de seqüelas aumentavam (PORCIDES et al 2006). O sistema SAMU desenvolveu-se, concomitantemente, à filosofia de que seria conveniente que a equipe médica se dirigisse ao local do ocorrido e não o contrário. Sendo assim, o SAMU francês funciona como uma extensão dos serviços hospitalares que, por meio da mobilização dos profissionais de saúde para o local da ocorrência, assume, no menor tempo possível, o atendimento emergencial e os cuidados de terapia intensiva (FRANÇA,

2010).

No cotidiano das emergências que envolvem as instituições de Segurança Pública da França, os SAMUs trabalham em “conjunto” com esse setor, que realizam ações de resgate de vítimas pelo Corpo de Bombeiros, enquanto a Polícia é responsável pelo isolamento da área e organização do trânsito (FRANÇA, 2010). Em geral, a equipe do SAMU é composta por médicos anesthesiologistas, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras ou emergencistas e por técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância (FRANÇA, 2010).

O modelo americano, criado nas grandes cidades dos Estados Unidos da America (EUA), constituiu o Serviço de APH móvel com outras características e é denominado de Serviço de Emergência Médica (SEM). O SEM teve como marco de surgimento o desfecho da Guerra do Vietnã onde se viu que técnicos não médicos poderiam aumentar a sobrevivência das vítimas traumatizadas. Na década de 1960, as experiências com o atendimento inicial ao traumatizado, desenvolvidas nas guerras, passaram a ser utilizadas para atendimento da população americana. O modelo americano trabalha com paramédicos, um programa de formação extenso de três anos após o término do Ensino Médio. O sistema norte-americano de APH móvel desenvolve-se com a prerrogativa básica de atendimento, estabilização das funções vitais, com rápida transferência para a rede hospitalar (“load and go”) (PAZ, 2003).

Deste modo, a França e os EUA criaram seus modelos de APH móveis destinados ao atendimento às vítimas traumatizadas, resgatando técnicas e conhecimentos acumulados ao longo da história e tornaram-se responsáveis pelos modelos de atendimento que se propagaram por vários países influenciando o surgimento de diversos serviços de APH móvel.

Oficialmente, o Brasil adotou o modelo francês, adequando-o as suas peculiaridades. No entanto, apesar do acordo feito com a França, a realidade brasileira não permitiu a predominância do sistema no molde francês devido à escassez de recursos financeiros e humanos. Houve, então, uma mescla dos modelos francês e norte-americano nos vários sistemas de atendimento pré-hospitalar móvel em todo o Brasil.

No Brasil, a atividade de atendimento pré-hospitalar sempre foi diversificado, onde os Estados inicialmente desenvolveram um sistema de atendimento as urgências e emergência de caráter público, predominantemente executado pelos Corpos de Bombeiros Militares (BMs).

O SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, que iniciou em São Paulo no ano de 1950, é considerado, do ponto de vista histórico, como o primeiro serviço implantado com caráter de atenção pré-hospitalar no Brasil. Seu objetivo era prestar assistência médica à distância, com o médico indo à residência do paciente. (RAMOS; SANNA, 2005; NITSHKE et al, 2008).

Entre as décadas de 1960 e 1970, vários Serviços privados de atendimento domiciliar de urgência foram inaugurados no Brasil. Porém, somente em 2003, o Ministério da Saúde iniciou a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, padronizando o APH fixo e móvel em todos os estados e municípios da Federação. Essa política está explícita na Portaria GM 2048/02 (BRASIL, 2002). Assim, no Brasil, nas grandes cidades, o conceito de ambulância deixou de ser o de Sistema de Transporte e Remoção. A ambulância incorporou-se ao Sistema de Saúde, com a função de diminuir o intervalo terapêutico nas urgências (MARTINS; PRADO 2003).

A organização do atendimento pré-hospitalar móvel realiza-se pela Portaria Nº. 2048 GM/MS de 2002 em dois níveis: o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV é um veículo destinado ao transporte de pacientes sem potencial de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino enquanto o SAV realiza o atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos/enfermagem intensivos bem como de equipamentos mais complexos para a realização de intervenções (BRASIL, 2002).

Em Santa Catarina, o primeiro SAPH foi criado em 1987, pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Blumenau. Naquela época, o modelo com maior predominância no Brasil era o modelo norte-americano adotado pelos Corpos de Bombeiros Militares, porém, em várias cidades, foi adotado o modelo francês, com certas adaptações [ou distorções]. (MARTINS; PRADO, 2003). Cada BM, em cada unidade da Federação, foi estruturando o APH conforme as suas peculiaridades, sendo estes sistemas gradativamente, espalhados pelo Brasil, mas ficando limitados ao denominado Suporte Básico de Vida.

Tendo em vista a transição ocorrida no processo saúde-doença, o trauma – enquanto consequência da violência – não pôde mais ser priorizado pelos Serviços de APH, como preconizava o antigo Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas do Ministério da Saúde. Portanto, não somente para fazer frente ao aumento exacerbado da violência, mas também às doenças cardiovasculares, respiratórias,

metabólicas entre outras – responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência – é que existe a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência e transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo (MARTINS; PRADO, 2003). Neste sentido, foram criados os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que possibilitam a intervenção precoce aos agravos de saúde, reduzindo os índices de mortalidade e minimizando possíveis seqüelas.

O SAMU como um serviço pré-hospitalar móvel de urgência/emergência passou a atender com profissionais da saúde capacitados e com equipamentos adequados para atendimentos de urgências. Esses profissionais são autorizados a realizar procedimentos específicos para cada caso, levando socorro à vítima nos primeiros minutos após ocorrido o agravo à sua saúde, prestando-lhe atendimento e transporte adequados até um serviço de saúde que possa dar a continuidade à assistência (MARTINS; PRADO, 2003).

No Estado de Santa Catarina, o Samu, teve início em 05 de novembro de 2004 na região oeste do Estado, considerada a região que mais necessitava da implantação de um serviço deste tipo, sendo a primeira central de regulação implantada em Chapecó. Seguiu-se Florianópolis, Joinville, Criciúma, Blumenau, Joaçaba, Lages, Araranguá e por último em Bombinhas em Julho de 2010.

O SAMU funciona como uma extensão dos serviços hospitalares que, através da mobilização dos profissionais de saúde para o local da ocorrência, assume no menor tempo possível o atendimento emergencial e os cuidados de terapia intensiva. É o responsável pela assistência direta à saúde da vítima e têm o poder de ordenar o setor de Segurança Pública no tocante as “ações de saúde”.

Logo após a inauguração do SAMU, em novembro de 2004, iniciavam-se os trabalhos dos Comitês Gestores Regionais de Urgência, com a participação de gestores estaduais e municipais, diretores de hospitais de referência, bombeiros, polícias, defesa civil e SAMU. O Comitê Gestor tem por objetivo coordenar e instrumentalizar a elaboração do Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências e promover a integração sistêmica necessária à formação da cadeia de manutenção da vida da população atendida.

2.3.1 Unidade de Tratamento Intensivo Móvel

Diante do aumento no número de acidentes e violências resultantes de ações intencionais ou não, que provocam danos físicos, emocionais, ou morais ao ser humano, tornou-se consenso mundial oferecer mais atenção ao APH, buscando implantar sistemas de atendimento ao traumatizado e minimizar a morbimortalidade (MANTOVANI, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o APH pode ser definido como assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorre fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar seqüelas ou até mesmo a morte. Para Mantovani (2005), o atendimento pré-hospitalar pode ser caracterizado como um conjunto de procedimentos técnicos realizados no local da emergência e/ou durante o transporte da pessoa, tendo como principal objetivo mantê-la com vida e em situação mais próxima possível da normalidade até sua chegada a uma unidade hospitalar.

Assim, o SAPH equipado com ambulâncias tipo UTI para o atendimento móvel, tem a finalidade de atender às pessoas em situações de urgência e emergência, antes de sua chegada ao hospital, isto é, a UTI móvel procura chegar precocemente à pessoa que sofreu um agravo em sua saúde.

Para o funcionamento adequado do SAPH, este deve possuir, obrigatoriamente, uma central de regulação para que o público em geral possa entrar em contato com o sistema e para que os pedidos de socorro sejam recebidos, avaliados e hierarquizados. Para tal, o Serviço conta com médicos reguladores, que devem ter a capacidade de julgar e discernir a gravidade de determinada urgência, atendendo o paciente da melhor forma possível. O atendimento é realizado por médicos intervencionistas, enfermeiros e socorristas/técnicos de enfermagem. Nos casos de urgência/emergência nos locais de difícil acesso, ou que ofereçam risco à equipe de saúde, ocorre uma ação conjunta entre a equipe de saúde, policiais militares ou rodoviários e bombeiros militares.

A UTI móvel do SAPH está equipada com aparelhos de ventilação mecânica, oxigenação, monitorização e desfibrilação cardíaca, assim como dotada de todos os equipamentos, materiais e medicamentos para realizar atos de saúde complexos, semelhantes aos realizados em unidades de emergência hospitalares ou em unidade de

tratamento intensivo hospitalares. Pelo fato de ter mobilidade, é classificada como Unidade de Tratamento Intensivo Móvel (UTI Móvel) ou, conforme designação feita através da Portaria Ministerial do Ministério da Saúde número 824/99, de ambulâncias tipo D, ou de Suporte Avançado de Vida, (BRASIL, 2002).

Essas ambulâncias, em função da necessidade de espaço físico que comporte todos os equipamentos, assim como o paciente e que permita o trabalho da equipe, é instalada em viatura cuja distância entre eixos é longa e é dividida em duas cabines: a anterior (dianteira) e a posterior(traseira). A cabine posterior apresenta elevação do teto, o que permite um ganho de altura e o deslocamento em ortostatismo de uma pessoa de estatura média. Além disso, existe uma comunicação entre as cabines anterior e posterior, possibilitando a fácil comunicação entre os membros da equipe de trabalho e favorecendo mudanças de atitude em relação ao deslocamento (rápido, lento ou parado) da ambulância.

A ambulância é dotada de equipamentos de rádio-comunicação fixo e portáteis, assim como de telefonia portátil, para a comunicação entre as diversas equipes de atendimento e a central de regulação. Apresenta sinaleiras de alerta luminosas (Giroflex) com luzes contínuas ou intermitentes e dois tipos de sinais sonoros (sirenes), um contínuo e outro intermitente, este último com alterações de tonalidade.

A UTI Móvel, para realizar atos complexos como pequenas e médias cirurgias (suturas, cesariana, drenagem de tórax, etc.), assim como todos os atos de suporte avançado de vida (Ex: reanimação cárdio-respiratória), e a transferência de pacientes graves entre os hospitais necessita, além de uma viatura adequada e com equipamentos, materiais e medicamentos que possibilitem estas ações, de uma equipe multidisciplinar constituída de pelo menos três profissionais: o médico urgencista, o enfermeiro e o motorista/socorrista. Cada um destes profissionais desempenha suas funções de forma sinérgica, treinados para tal trabalho em equipe, de acordo com o previsto na Portaria Ministerial MS 824, (NITSHKE et al, 2008).

Os principais tipos de atividade desenvolvidas por essas unidades são as transferências inter-hospitalares de pacientes graves e os atendimentos às urgências pré-hospitalares. Quanto às urgências pré-hospitalares, estas são categorizadas por um médico regulador, aquele que se encontra na central de atendimento e que faz a triagem do caso e a ativação das unidades, de acordo com o grau de urgência, em dois tipos:

- *Código 1*, aqueles com urgência de máxima gravidade (emergência), ameaçadora à vida do paciente, e cuja UTI Móvel

se desloca rapidamente, utilizando-se para a abertura do caminho, de sinais sonoros (Sirenes) e de sinais luminosos (Giroflex), em todo o seu deslocamento;

- *Código 2*, aqueles com urgência de gravidade moderada, que deve ser resolvida com brevidade, e cuja UTI Móvel se desloca apenas com os sinais luminosos (Giroflex) ligados, respeitando o fluxo normal do trânsito.

Assim, tem-se as seguintes seqüências de atendimento: Acionamento > Deslocamento > Atendimento (no domicílio ou na via pública) > Resolução do caso ou decisão pelo encaminhamento a uma unidade hospitalar > Contato com a central de regulação.

As UTI's gerais ou móveis são de fundamental importância para a população, uma vez que tornam os cuidados aos agravos de saúde com risco de morte iminente altamente especializados. São unidades que demandam grande parte dos recursos materiais, humanos e financeiros da Secretaria de Saúde do Estado/Município. Além disso, a rotina de trabalho dos profissionais de saúde destas unidades é complexa e dinâmica e as condições de trabalho supõe-se variar quando comparadas aos demais setores de saúde.

2.4 O CUIDADO PARA OS PROFISSIONAIS EM UTI

Impossível comentar sobre UTI sem abordar a vivência dos seres que ali trabalham, especialmente, a equipe de enfermagem que experimenta uma jornada de trabalho desgastante e exaustiva, permanecendo durante sete dias da semana, 24 horas por dia junto ao paciente crítico.

Segundo Hudak e Gallo (1997) a imprevisibilidade do ambiente de terapia intensiva é o maior fator de estresse, além disso, somam-se: rotina repetitiva, risco de acidentes de trabalho, gemidos, choros, alarmes, "bips", contato com secreções corporais, convivência com a dor, com a morte, enfim, com crises existenciais variadas.

Baasch (2007) enaltece a morte como o momento que mais desgasta a rotina do profissional em unidades críticas, no cotidiano de sua atuação profissional. Mesmo naquelas situações em que ela já era esperada, sua comunicação formal aos familiares produz, invariavelmente, reações emocionais, as quais os profissionais não são absolutamente imunes. Este autor, esclarece que apesar da imagem exterior de um certo distanciamento, quiçá fria, a verdade é que as

situações de morte desgastam os profissionais em unidades críticas. A “armadura” que se vai construindo ao longo dos anos, como mecanismo de defesa emocional não é invulnerável. Além disso, a notícia de um óbito inesperado, súbito, é ainda muito mais desconfortável.

Para Trevisan (2005) os profissionais de saúde que trabalham em unidades críticas vivenciam situações complexas, pois seu cotidiano envolve casos de emergência e risco de morte, dentre outros agravantes. Além disso, o sofrimento do trabalhador da equipe de saúde é também decorrente do sofrimento alheio, principalmente quando a sua possibilidade de proporcionar alívio a esse sofrimento é limitada. De um lado, há uma satisfação pelo alívio do sofrimento do próximo, de outro, o sofrimento com as condições e limites pessoais, pelo ambiente de trabalho ou pela patologia presente no outro. Neste cenário (unidades críticas), encontram-se, portanto, trabalhadores enfrentando situações que, num gradiente, variam da satisfação ao sofrimento.

Dejours (1994) afirma que em certas condições, o resultado da relação do homem com o trabalho é o sofrimento que se pode dever ao choque entre a personalidade do indivíduo, o seu projeto individual, e a prescrição imposta pela organização do trabalho que não tem em consideração essa subjetividade.

Sebastiani (2002) afirma que a UTI – por ser uma unidade do hospital que se dedica ao atendimento crítico, ou seja, aos casos em que há gravidade e que exigem serviços constantes e especializados é culturalmente vinculada à idéia de sofrimento e morte iminente, onde, esse tipo de imagem mitificada denota certa faceta de realidade.

Portanto, essa convivência diária com o sofrimento/risco de morte iminente, torna o trabalhador de UTI psicologicamente afetado. Morais (1991) refere que pessoas com formação técnica altamente especializada e, que lidam no cotidiano, com a dor, o sofrimento, e com crises existenciais de vida/morte, desenvolvem mecanismos de defesa, que normalmente são: controle onipotente, distanciamento e despersonalização. Sem uma formação voltada para aspectos e valores mais humanos, não há como o profissional perceber o seu trabalho como uma atividade que possa, não só ser estressante, mas configurar-se em algo mais prazeroso. Isto por sua vez, vem agravar a problemática da internação em UTI, caracterizando-a conforme descrito anteriormente, como fria, impessoal e direcionada para aspectos biológico e técnico-tecnológicos da assistência.

De acordo com Betinelli (1998, p. 21):

Muitas vezes a enfermagem, com esta visão tecnicista que valoriza sobremaneira os

instrumentos, impede reflexões diárias sobre postura e conduta profissional, distanciando cada vez mais a pessoa do profissional da pessoa a ser cuidada.

Almeira e Pires (2007) revelam em seu estudo sobre o trabalho em unidade crítica que o sofrimento e o prazer aparecem dialeticamente nas relações de cuidar, pois apesar das dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho em unidade crítica, os profissionais de saúde sentem-se recompensados por exercerem a sua profissão na plenitude e aliviarem a dor e o sofrimento de outros seres humanos. O prazer é maior ainda quando numa reanimação contribuem para a manutenção da vida vencendo uma batalha difícil e imprevisível perante o risco de morte iminente.

Deste modo, Betinelli (1998) coloca que todo relacionamento de cuidado deve ter como base de sustentação a liberdade, a sensibilidade, o diálogo autêntico, a presença ativa e o compartilhar de conhecimentos na busca da valorização da vida.

Essa forma grandiosa de conceber o cuidado em terapia intensiva deve, entretanto, ser assimilada pelos profissionais que ali atuam, na esperança de modificar a forma como vem sendo percebida a assistência de enfermagem nestes locais.

O significado cultural do cuidado humanizado em UTI foi revelado em um estudo recente por Vila e Rossi (2002) como algo muito falado e pouco vivido. O referido estudo aponta que o conceito de humanização, sintetizado, pelos profissionais, na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, não é o mesmo revelado na prática de enfermagem. Os dados refletem que aspectos da assistência de enfermagem traduzidos pelas ações dos profissionais, merecem ser melhores estudados, por se tratarem de fatores que, ao afetarem a assistência prestada, atingem diretamente a saúde do cliente e de sua família.

Outros estudos que trazem importantes reflexões acerca da humanização sobre o atendimento prestado em unidades críticas são: os trabalhos de Nazário (1999), Souza (2000), Cassel (2004), Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004), Pessini (2004) e Nascimento (2005). Esses estudos salientam as diferentes possibilidades de intervenção nas unidades de terapia intensiva, os diferentes modos de cuidar, as representações/impressões dessa unidade especialmente para pacientes e familiares.

Na assistência de enfermagem em UTI as situações vividas 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 influencia intensamente suas emoções e sentimentos, pois afinal desejam fazer tudo para evitar o sofrimento e a morte. Acredito que a intensidade do estado de tensão dos profissionais em UTI depende de como eles lidam com as suas próprias emoções e sentimentos, e o quanto mantêm o prazer no processo de cuidar do outro, apesar dos riscos inerentes desta forma de cuidado.

Para que a equipe de enfermagem valorize o ser humano na prática do cuidado diário do paciente na UTI e sua atuação junto aos pacientes e familiares não se limite a executar rotina do dia-a-dia, tornam-se necessários a motivação no ambiente de trabalho e a reflexão sobre sua atuação profissional. Sobre a reflexão, Freire (1980) diz que quanto mais o indivíduo refletir sobre a realidade, ou seja, na prática diária, mais ele emerge comprometido e pronto a intervir na realidade para transformá-la. A motivação da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho resulta, principalmente, do respeito e valorização profissional.

A conscientização de que a complexidade do cuidado intensivo pressupõe o compromisso primordial e prioritário da equipe de enfermagem para com a prestação do cuidado humano, é requisito imprescindível à qualidade da prática do cuidado humano de enfermagem. Uma vez que as tecnologias e as medidas terapêuticas oferecidas nas unidades críticas são necessárias e indispensáveis para que sejam atingidos os objetivos destas unidades. Entretanto, tais medidas são insuficientes para tornar realmente efetivo o cuidado ao indivíduo, considerando-se que o cliente é um todo, ele não pode deixar de ser visto como tal, pois seu estado emocional pode, muitas vezes, estar tão afetado quanto o físico.

Diante das adaptações a que as sofisticações técnicas conduziram a assistência à saúde, é fundamental a compreensão de que todos os avanços foram absorvidos atendendo a demanda do mercado, com vistas a propiciar a garantia e a valorização da vida. Todavia, nos últimos anos, a pouca abordagem dos aspectos de humanização nos relacionamentos interpessoais da equipe de enfermagem com os clientes e familiares nas unidades críticas é evidente.

Por isso, acredito ser necessário que, busquemos demonstrar não somente aprimoramento técnico, mas também a atitude humana, habilidade e sensibilidade, mesmo nos momentos que atuamos em

situações de sobrecarga emocional, neste relacionamento com os clientes e familiares.

O trabalho na UTI deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os indivíduos que ali se encontram e seus familiares, como também com os demais trabalhadores deste local e instituição. É necessário que estejamos atentos “ao fato de que a humanização do cuidar, mesmo diante de todo o uso da tecnologia, ocorre através das pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como ela se dá” (BARBOSA, 1995, p.14).

Camponogara (1999) reitera que para atuar em UTI, o profissional precisa aperfeiçoar-se constantemente, mas coloca em questão qual é o papel do profissional de enfermagem: curar ou cuidar? Enfatiza que se admitirmos que é curar, ficaremos escravos da tecnologia; e se é cuidar, teremos que refletir sobre o que é melhor para aquele que ali está, humanizando o atendimento e isto significa resgatar nossa capacidade de sentir o outro, o direito de expressar os sentimentos, de aprender como ser mais inteiro e íntegro consigo mesmo.

Para reforçar esse idéia de mudança de atitude e comportamento, Sebastiani (2002) assegura que:

Compartilhar com o paciente crítico a condição de vida e morte, de grande insegurança emocional e dor, pode ser uma experiência extremamente rica, tanto para o paciente como para o enfermeiro. Exige porém, deste profissional não somente o conhecimento técnico-científico, mas um embasamento humanístico bem estruturado, que o torne capaz de compreender o paciente como pessoa em luta para superar sérias dificuldades (p. 68).

A partir destes pensamentos, vê-se que há um olhar crítico sobre a atual prática dos profissionais que atuam em unidades críticas. Ao cuidar em UTI, o enfermeiro/a necessita utilizar a tecnologia aliada à empatia e à compreensão do cuidado que presta, a fim de promover um cuidado seguro, responsável, ético em uma realidade vulnerável e frágil. Cuidar em unidade crítica está vinculado à motivação, comprometimento, postura ética e moral.

Cuidar em unidades de referencia para atendimento de urgência

emergência requer o trabalho articulado entre médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, capacitados especificamente para atuar em situações críticas, que envolvem eminente risco de vida, (ALVES, RAMOS, PENNA; 2005). Neste cenário, cada categoria mantém a sua especificidade, o seu saber, mas torna-se necessário ir além. O trabalho articulado é uma necessidade para o cuidado integral ao paciente, vítima de agravos diversos e que necessita de uma abordagem integrada, sistematizada, na qual existam troca e cooperação em prol da pessoa atendida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se uma revisão teórica sobre a Teoria do Limite – de Eugênio Trías, e a Complexidade, em que se procurou relacioná-los. As teorias do Limite e da Complexidade serão aqui apresentadas e discutidas a fim de embasar teoricamente o exercício da compreensão da realidade do cuidar da pessoa no limiar da vida.

3.1 O PENSAR COMPLEXO

No cotidiano, diz-se que algo é complexo quando não o entendemos ou não conseguimos explicá-lo. Cataloga-se algo de difícil ou complicado quando exige muita dedicação, prática, energia e esforço em sua execução. Tudo isso, porém, é relativo a cada indivíduo.

O termo **complexo** evoca, à primeira vista, expressões como: a situação é complexa, os problemas sociais são complexos, a busca de soluções é uma tarefa complexa. A idéia de complexo, nestes termos, retrata caos, desordem, obscuridade, entre outros. A complexidade aparece, à primeira vista e de modo efetivo, como irracionalidade, incerteza, confusão. Sendo assim, é o oposto do que a palavra, por sua etimologia, quer traduzir (MORIN, 2002).

Logo, pensar a complexidade é pensar na metáfora do movimento diário do amanhecer ao anoitecer de cada dia, abrindo o olhar para a diversidade, com novas formas, perspectivas, encarando os acontecimentos diários sob matizes, luzes e sombras diferentes possibilitando novos esboços e contornos do tempo.

Existem muitas definições para o termo “complexidade”. Algumas concepções enfatizam a complexidade do comportamento do sistema; outras evidenciam a estrutura interna do sistema ou seu funcionamento; ratificam-se, também, a complexidade de sua evolução; outras, enfatizam a complexidade auto-organizada. Em contrapartida, esse termo pode ser encontrado em vários campos, desde os sistemas naturais, representados pelos sistemas biológicos, físicos e químicos, até os sistemas artificiais, tais como: sistemas computacionais e estruturas organizacionais. Discutir cientificamente o significado do termo complexidade, portanto, requer a princípio, pesquisar o que denota a palavra complexidade.

Morin (2001) destaca que o termo “complexidade” é muito mais

uma noção lógica do que uma noção quantitativa. Ela possui, sempre, suportes e caracteres quantitativos que desafiam os modos de cálculos, mas sua essência está numa outra noção a ser explorada, a ser definida, a noção qualitativa.

Atualmente, a complexidade pode ser entendida como um tipo de pensamento que não separa, mas une as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando todos os modos de pensar. Opõe-se aos mecanismos reducionistas e simplificadores, além de considerar as influências recebidas do ambiente interno e externo, enfrentar a incerteza e a contradição, e conviver com a solidariedade entre os fenômenos existentes (MORIN, 2003). De acordo com o autor, a complexidade sempre existiu e se amplia continuamente, aparecendo onde o pensamento simplificador falha.

Mas afinal, o que é a complexidade? Partindo da etimologia da palavra, encontra-se que complexidade tem origem no latim *complexus*, o que está tecido em conjunto, como numa tapeçaria. Refere-se a um conjunto, cujos constituintes heterogêneos estão inseparavelmente associados e integrados, sendo ao mesmo tempo uno e múltiplo (MORIN, 2005).

A noção de complexidade, sistema e sistema complexo, instigaram cientistas de diversas áreas a desemaranhar os problemas da complexidade. Primeiro, por meio da identificação do que caracteriza a complexidade existente nos sistemas. Depois, desenvolvendo teorias adequadas a determinados grupos de sistemas complexos.

No campo da saúde, o pensamento da complexidade começou a ser incorporado, enquanto enfoque social, coletivo e/ou público, por volta da década de 1960. Por ocasião da Conferência de Cuenca, em 1972, tentou-se romper o enfoque positivista nas ciências sociais e na história natural das doenças, oferecendo-se condições ao enfoque interdisciplinar da saúde. A seguir, foi dado um passo decisivo no pensamento complexo com a abordagem sistêmica adotada pela Organização Pan-Americana, em 1992, e com as idéias de Morin (SCHRAMM, 1996).

Atualmente, inúmeras são as reflexões e significados em torno do pensamento complexo. Aproximar idéias e concepções de pesquisadores do pensamento complexo, os quais tiveram origem em/a partir de Morin, na expectativa de problematizar e/ou alcançar um novo conhecimento se constitui, portanto, um grande desafio.

Para Morin (1986), em sua obra *Para Sair do Século XX*, a complexidade é identificada como um fenômeno necessário para a compreensão dos objetos, dos significados e, sobretudo, do ser humano,

da sociedade e do mundo. O conhecimento complexo permite ao ser humano avançar no mundo concreto e real dos fenômenos, num esforço de compreender melhor a si mesmo, o outro e a realidade. O outro, todavia, não apenas é percebido objetivamente, mas, sim, como outro sujeito, isto é, de sujeito a sujeito. Compreender, por sua vez, inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção, elementos considerados fundamentais para o desenvolvimento de competências socialmente responsáveis. Morin entende que somente a estratégia permite avançar no incerto e no aleatório. O imperativo da complexidade, nesse sentido, consiste no uso estratégico do processo dialético que emerge da capacidade de agir e refletir sobre a prática, a partir de uma ética planetária que se inicia com uma auto-ética. Para cuidar é preciso desenvolver um novo paradigma capaz compreender os fenômenos sociais através de múltiplas visões e dimensões.

Imbuída nas idéias de Morin, Erdmann (1996) possibilitou a concepção de um *sistema de cuidados de enfermagem* nas suas relações/interações/associações, ao buscar o cuidado, o cuidar de si e de si junto com o outro, de ser cuidado, de sentir o sistema pessoal processar o cuidado e de estar nesse sistema de cuidados. Sintonizada com as idéias de Morin, a autora desperta um novo modo de pensar e compreender as práticas do cuidado, a partir de movimentos dinâmicos de integração e valorização do ser cuidado, a partir das diferentes relações que se estabelecem nesse processo. No exercício do pensamento complexo, busca estimular uma atitude contemplativa de dar conta da razão nos pequenos momentos do cotidiano no cuidado da enfermagem, nas suas múltiplas facetas e dimensões de estruturas. Enfatiza que são fundamentais, nesse processo, ingredientes, como a “criatividade no aguçar o pensamento evolutivo e reflexivo do autor, alimentado pela riqueza de percepções e dinamizado pelas propriedades complexas do cérebro no exercício do pensar reflexivo” (p. 46).

Boff (1997), no texto “*Identidade e Complexidade*”, identifica no ser humano a missão de co-criador capaz de intervir ativa e criativamente na criação deixada incompleta. Em seu processo de concriação, quanto mais complexos forem os seres do universo, tanto mais vitais se apresentam e, quanto mais vitais, tanto mais interioridade e subjetividade possuem. Assumir um processo dialógico com o universo interior, para integrá-lo e canalizar as suas energias, é conferir um perfil singular e único ao universo interior de cada pessoa humana. A complexidade humana, nesse contexto, é o dinamismo tornado consciente, através da relação, interação e auto-organização. Logo, o ser humano, no processo de transformação do conhecimento, é chamado a

revitalizar, animar e reintegrar o que, durante séculos, foi fragmentado e relativizado.

Em *um itinerário do pensamento de Edgar Morin*, Almeida (2004) faz referência à incompletude, ao inacabamento e à parcialidade da cultura, do sujeito, das idéias e do conhecimento. Emerge no pensamento de Morin, quando enfatiza que o sujeito do conhecimento é sempre impulsionado por um sentimento, por uma estrutura organizacional de sua psique, quando cultiva qualquer investimento cognitivo, mesmo que disso não tenha consciência. Merece centralidade, nessa perspectiva, a pessoa humana como sujeito-observador, que apreende o mundo a partir do lugar que ela ocupa, da maneira como ela se percebe, das informações que julga pertinente, e/ou do grau de comprometimento que o ser humano desempenha na prática.

Mantida a originalidade argumentativa dos pressupostos de Morin, os autores mencionados estabelecem, através do espírito ativo, criativo e ousado, uma íntima e profunda relação/interconexão do pensamento complexo com as questões presentes nos sistemas sociais. Apelando para o diálogo, a reflexão, a religação e a capacidade estratégica e criativa do pensamento, os autores sinalizam para um novo ofício, sincronizados na proposição de ampliar os limites do conhecimento. É preciso desenvolver, paulatinamente, uma leitura crítica e objetiva dos problemas vividos a partir do entendimento da sociedade como um sistema social no qual a vida se constrói a partir de processos contínuos de auto-organização e de interações e reciprocidades entre os membros de um sistema.

A complexidade então, pode ser entendida como um sistema de pensamento aberto, que proporciona uma visão de mundo a qual privilegia a multiplicidade e as incertezas, considera as diferenças e procura conviver com elas, possibilitando a elaboração de saberes diferentes, permitindo conhecer um pouco mais o ser humano em sua totalidade. O pensamento complexo, por conseguinte, anula a certeza e a verdade absoluta e, como consequência, descarta teorias dogmáticas. Esses princípios levam a aprender que as ações humanas não podem ser analisadas linearmente, pois existem efeitos gerados por pequenos atos que podem desencadear outras ações, dificultando qualquer tipo de previsibilidade. Essa visão pressupõe ainda, uma atitude ética de muito respeito a todos os elementos que formam sua estrutura.

Com uma abordagem reducionista, frequentemente descrevemos nosso sistema isolando-o dos demais. O sistema complexo permite religar o cuidado de enfermagem aos demais sistemas presentes em nossa sociedade, isto é, permite inseri-lo na rede de compromisso em

saúde, que em última análise, é um conjunto de sistemas complexos. Olhar para o cuidado solitariamente, longe do pensamento complexo, significa cuidar de forma isolada e fragmentada. Mas com os sistemas de cuidado, baseado em princípios comuns e num sistema integrador será possível progredir tanto nos aspectos epistemológicos como pragmáticos do setor da saúde.

Lançando diferentes olhares sobre o cuidado de enfermagem, é possível perceber novas perspectivas e significações. O pensamento complexo conduz o cuidar em saúde a pessoa em risco de vida, a melhores modos de atuação sobre a realidade no sentido de transformá-la. De outro modo, a complexidade emergirá do conjunto de novas concepções, de novas visões, de novas descobertas, de novas reflexões, de novas significações para os fenômenos investigado.

O pensamento complexo associado ao fenômeno do cuidado, enaltece a dimensão da integralidade e da interatividade. Um cuidado, que vai muito além da dimensão física e/ou voltado para os contornos da doença física. Nessa perspectiva, fala-se de um paradigma integrador e aglutinador que permite unir forças dispersas juntar, religar partes, dimensões, disciplinas que nunca deveriam ter sido separadas. Sob o olhar da complexidade, o cuidado se amplia, porque as relações, interconexões e associações entre os seres humanos passam a ser de igualdade.

3.2 SISTEMAS COMPLEXOS

Ao se iniciar o estudo da Teoria da Complexidade, tem-se o desafio de elaborar e trabalhar a noção de sistema. Um sistema é qualquer porção ou todo arbitrário de um processo escolhido para análise, ou um conjunto de dois ou mais elementos que estão inter-relacionados (COELHO, 2001). Os sistemas complexos são sistemas com múltiplos componentes em interação, cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes.

De acordo com Axelrod (1997), a teoria da complexidade envolve o estudo de muitos elementos e suas interações nos sistemas. Os elementos podem ser átomos, pessoas, organizações ou nações. Suas interações podem consistir de atração, comunicação, comércio, parceria ou rivalidade. Na opinião do autor, complexidade não denota simplesmente “muitas partes em movimento”. Ao contrário, complexidade indica que sistemas consistem de partes as quais

interagem de forma que influenciam fortemente o sistema como um todo. Os sistemas complexos resultam em características que são propriedades do sistema que as partes separadas não têm. Por exemplo, nenhum neurônio tem consciência, mas o cérebro humano tem consciência como uma propriedade emergente. A partir desse exemplo fica evidente que as partes de um sistema complexo são, elas mesmas, frequentemente complexas.

Coelho (2001), define sistema como um complexo de elementos em interação, interação esta de natureza ordenada, o que implica reconhecer as propriedades de interação dinâmica entre os elementos de um conjunto, conferindo-lhe uma característica de totalidade, e para tal, há de se estabelecer um método que permita mobilizar e organizar os conhecimentos, para adequar meios aos objetivos perseguidos, promovendo uma linguagem que possa servir de suporte à articulação e à integração de modelos teóricos.

Morin (1991, p.100) concebe o sistema como “unidade global organizada de inter-relações entre elementos, ações ou indivíduos”. A totalidade sistêmica é algo além da soma das partes, implicando qualidades emergentes que as suas partes isoladamente não possuem. Essa nova unidade resulta das relações entre as partes. O todo é uma unidade complexa que dispõe de qualidades próprias e irreduzíveis, mas tem de ser produzido e organizado.

Um sistema de idéias, no caso, comporta um núcleo, ou seja, axiomas que legitimam o sistema, regras fundamentais de organização, idéias mestras, e por vezes trata-se de um complexo polinuclear, no caso de o sistema reunir no seu seio vários sistemas anteriormente dependentes/interdependentes (MORIN, 1991).

Um sistema se protege e se defende contra as degradações ou agressões externas e se alimenta de confirmações e verificações que vem também do mundo externo. Num sistema surgem também degradações ou agressões emergidas internamente, dos elementos ou espaços que os constituem pelas diferenças ou trocas internas que não são sempre harmônicas. Assim, a abertura de um sistema tende a ser maior quando as condições externas são favoráveis a ele, embora seja sujeito ao acaso, riscos e incertezas (ERDMANN, 1998).

Morin (2006a) explica que sistemas abertos estão na ordem dos sistemas que estão em constante movimento e interação com seu meio, cuja estrutura depende de alimentação externa. Os sistemas vivos, pertencentes a sistemas abertos, realizam trocas, interagem com o meio e dependem destas relações e interações externas para a sua sobrevivência. Assim, os seres humanos, como sistemas vivos que são,

também pertencem a sistemas abertos e realizam trocas, interagem, se inter-relacionam com o meio ambiente que fazem parte. Um sistema para ser aberto, segundo Morin (2006a), precisa estar em constante equilíbrio e desequilíbrio com o meio, em inconstância, em movimento. O equilíbrio, a estabilidade, a constância são entendidos pelo autor como um sistema fechado em si, que não precisa alimentar-se com o externo, não precisa realizar trocas, por isso não interage com o meio. Assim, entende que o desequilíbrio é o fluxo energético que nutre, renova sem cessar, organiza/desorganiza, desequilibra para equilibrar num contínuo e dinâmico processo natural que mantém o sistema vivo em interação, possibilita trocas, a inter-relação.

As relações de cuidado, nas diversas dimensões, podem ser entendidas como sistemas abertos, que são alimentadas/nutridas pelas trocas, interações, associações com o meio a que pertencem. Os seres de relação estão integrados com o meio e entre si e dependem dessas trocas, interações e associações para seu cuidado, para o cuidado dos seus e para sentirem-se cuidados. Dessa forma, como aponta Boff (2004, p.87): cresce a percepção de que vigoram interdependências entre todos os seres.

O ser humano no espaço de relações, entendido como um sistema aberto, é autônomo em si e dependente das relações que estabelece e que precisa estabelecer para o seu próprio desenvolvimento.

Essa noção de sistema aberto leva as múltiplas perspectivas de focos de atenção, indo-se além das perspectivas institucionalistas, desenvolvimentistas e política de estudo do coletivo das organizações já conhecidas nas teorias de enfermagem, tais como Rogers pelo enfoque desenvolvimentista, King – estruturalista, Roy – adaptativo, Johnson – comportamentista, Neuman e Leininger – funcionalistas e Parse simultaneidade (GEORGE, 1993). Os sistemas são interconectados e interdependentes, cuja análise de seus ambientes, macro/micro/multi, podem não dar conta do livre trânsito dos pequenos movimentos/momentos que dinamizam a vida de um sistema nas suas singularidades.

Os sistemas tentam encontrar e preservar o equilíbrio, o que significa que tentam conseguir uma harmonia entre todos os seus subsistemas. O estudo dos sistemas complexos atinge várias escalas, das partículas até o universo. Para melhor compreender a complexidade dos sistemas, descreve-se a seguir, o sistema de cuidados de enfermagem.

3.2.1 Sistema de Cuidados de Enfermagem

O pensamento complexo surge como possibilidade para a visualização de um sistema de cuidado, perpassando as noções de redes e suas interconexões, de sistemas complexos nas suas estruturas e propriedades, e dos movimentos de inter-retroações nos espaços organizacionais e nos seus possíveis processos auto-organizadores (ERDMANN et al, 2004).

A complexidade é entendida como “um tecido (complexus: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados, sendo que a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, imprevistos, que constituem o mundo dos fenômenos (MORIN, 1990, p. 21). Desta forma, a concepção de cuidado pelo pensar complexo sustenta-se na noção de sistemas complexos, sistema de cuidado, suas redes e interconexões, suas estruturas e propriedades, e seus movimentos de inter-retroações nos espaços organizacionais e possíveis processos auto-organizadores.

O cuidado acontece nos seres, a partir deles e através deles, coexistindo na natureza e por onde suas estruturas podem ser pensadas, pois estão presentes na organização da vida dos seres, nos seus domínios biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos e outros. Assim, a concepção de um sistema de cuidado é possível a partir do vasculhar sua rede simultânea de inter-retroações dos seus movimentos/ondulações nas determinações/limites internos e externos, cujos sentidos e significados decorrem de propriedades ainda desconhecidas pela ciência, mesmo os seus possíveis processos auto-eco-organizadores (ERDMANN, 1996).

O cuidado é concebido como uma rede ou teia de processos e produtos que envolvem relações, interações e associações entre os seres, sendo parte organizador do sistema de saúde e parte, organizador do sistema de cuidado, coorganizando-se com aos demais sistemas sociais (ERDMANN, 2004).

A noção de sistemas de cuidado à saúde está presente na literatura na revelação do cuidado humano como prática de saúde. Quase todas as principais teorias de Enfermagem sustentam-se na noção de sistemas, evoluindo de sistemas funcionalistas para organicistas e mais recentemente, organizacionistas, apoiadas em sistemas complexos.

Ao focalizar os sistemas de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde diante da noção de complexidade, nota-se que as

redes dos fenômenos organizacionais sobrevivem, se modificam e se mantêm pelos múltiplos e complexos canais de relações, que nem sempre podem ser identificados ou compreendidos. As relações multidimensionais com os diferentes meios/ambiência dos sistemas abertos estão em constante movimento frente suas influências múltiplas e imprevisíveis.

Entendendo estar o cuidado na ordem dos mecanismos de sobrevivência dos seres da natureza, podem-se visualizar dimensões diversas do mesmo. A natureza abrange sistemas provedores e protetores de vidas, incluindo as dimensões de sistema de cuidado, dos processos de cuidar e dos atos de cuidar, quer pelo sistema pessoal/individual ou do ser humano, sistema interpessoais, sistemas sociais, ou quer por entidade, processo, função ou parte de uma entidade maior, como pode ser lido nas teorias de enfermagem.

O sistema de cuidado dá a idéia de sistema processual, com entrada, processos internos, saídas e retroalimentação ou por funções complexas de múltiplas entradas, saídas, processos e fluxos de movimentos em direções variadas. Tem como elemento aglutinador, os propósitos, as finalidades, o alcance de objetivos, como razão da sua existência. Este sistema, tido como aberto, se relaciona com outros sistemas, fazendo trocas, influenciando e sendo influenciado, sem, contudo mostrar outros elementos que animam sua existência (ERDMANN et al, 2004).

A sociedade moderna criou organizações complexas destinadas à produção de serviços de cuidado à saúde. O cuidado há muito deixou de ser uma atividade exclusiva da família ou associada a algum papel exercido por um indivíduo. Processando-se e sendo proporcionado por meio de organizações complexas que o conformam e o determinam, o cuidado em saúde em alguns momentos é encarado como mais um produto do mercado, sendo produzido por organizações nem sempre estruturadas para a promoção da vida (ERDMANN et al, 2004).

O cuidado está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes organizacional, institucional e natural. A meta viver mais, saudável e feliz, inerente à condição humana, parece ser uma função das práticas de cuidado que se estabelecem em vários campos, especialmente no campo da saúde, incluindo suas organizações. Ao almejar contínuos ganhos em relação ao processo de viver mais e feliz, a sociedade parece debruçar-se sobre a melhoria contínua do cuidado como estratégia para o processo de cuidar, buscando construir organizações capazes de operar a complexidade dos sistemas complexos de cuidado.

As relações, interações e associações dos movimentos nos sistemas de cuidados, nas suas estruturas e propriedades, permeiam elementos como conhecimentos e habilidades técnico-científicas, informações ou idéias ou intuições, sentimentos e sensações, escolhas de insumos materiais e tecnológicos, dimensões espaço-temporal, e outros elementos que ultrapassam as possibilidades de apreensão e descrição quando olhados pela compreensão da organização da natureza, da vida e das formas de viver mais saudável (ERDMANN, 1996).

Para Erdmann (1996), o sistema organizacional de cuidados mostra momentos de passagem de vidas humanas em movimentos/ondulações, tendo os deslocamentos, os impulsos, as animações, os dinamismos próprios, os altos e baixos ou subidas e descidas, as sinuosidades ou flexuosidades como possíveis propriedades da vida deste sistema, que permite o calor de seus movimentos, a dinâmica de seu trabalho, a realização da existência da vida humana, do ser-acontecer de momentos singulares. A organização do sistema de cuidados é contingencial por ser variada na sua disposição relacional e por operar em condições variadas.

O espaço do sistema organizacional de enfermagem é o lugar marcado pelas vidas vividas, pelas oportunidades espaciais das relações de trabalho e pelo vivenciar o cuidado na ordem do seu potencial de força para demarcação e utilização deste espaço, dependência, pertencimento e privacidade. É o lugar pontilhado por uma multiplicidade de pequenos espaços de provimento de saúde, de busca da melhoria do corpo num coletivo de afeto, emoções, ambiência e determinações. Estes espaços são amplos diante das múltiplas possibilidades de transição física e social.

A atividade de cuidado da enfermagem é feita pela ação/negociação/deliberação de seus profissionais/cuidadores mediante necessidades levantadas, normatizadas ou não, ou de solicitações diversas, podendo contar com a energia/utilização de materiais/equipamentos. Ainda, a presença física do cuidador junto ao cliente não significa que o mesmo esteja ali cuidando, assim como o estar cuidando pode estar acontecendo distante fisicamente do cliente. Também o cuidado que acontece num espaço hospitalar pode extrapolar para outros espaços e envolver outras pessoas.

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, onde a incerteza parece

surgir na medida em que se toma consciência do risco.

Erdmann (1996) coloca que todos os seres humanos buscam o cuidado pela vontade de sobreviver e se cuidarão segundo valores de vida e amor próprio, estando na dependência também da vontade de outras pessoas para que ele sobreviva. O cuidado parece ser a resposta às necessidades manifestadas/percebidas, porém, podem ser dirigidas por necessidades criadas ou provocadas por diversos fatores.

Assim, o sistema organizacional de cuidados de enfermagem é constituído por atores sociais: os cuidadores e os que são cuidados, incluindo as pessoas de relação mais próxima dos que são cuidados, formando um elo de ajudas mútuas. São pessoas que agem, reagem, interagem, pertencem, associam-se, partilham, interdependem, ajudam-se, trocam experiências/energias, diferenciam-se e integram-se, aproximam-se e distanciam-se, articulam-se, envolvem-se e negociam, convivendo a harmonia conflitual. Ocupam um espaço físico e social e político-institucional. Este sistema tem como emergências o cuidado que pela intuição, razão e lógica de seus atores permite o acontecer, a arte dos processos interativos, por interações de relações múltiplas inesgotáveis. A arte do cuidado neste sistema é marcada pelos estilos/maneiras próprias e peculiares de fazer acontecer/mostrar em aparências ou formas o jogo dos movimentos-ondulações, junto aos elementos/conteúdo do cuidado, do viver a vida saudável, do manter as energias. Este jogo mostra as sensações vividas pelos atores do cuidado, as sensibilizações provocadas, o prazer de buscar o cuidado, de cuidar de si e de si junto com o outro, de ser cuidado, do sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio e de estar neste sistema de cuidados de integração de múltiplas formas de cuidado.

Neste aspecto é importante,

Estar aberto para a complementaridade, parceria, lateralidade, pluralidade, heterogeneidade e flexibilidade levam à ampliação dos limites individuais e grupais. Nem um e nem outro, nem indivíduos e nem grupos e nem mesmo as suas somas e sim muito mais, podem ser o caminho para a configuração de relações únicas e peculiares de um sistema organizacional de cuidado (ERDMANN; MELLO; MEIRELLES et al., 2004, p. 469).

Em síntese, o sistema de cuidados de enfermagem se configura por movimentos/ondulações de relações, interações e associações, em

estruturas e propriedades de processos auto-eco-organizadores de dimensões variadas do cuidado desde o andar em si, de ser cuidado pelo outro, de sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, de ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado, até a dimensão do cuidado com a natureza, integrando-se com os demais sistemas sociais/naturais, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência/vida/civilidade humana.

Assim, a idéia de sistema de cuidado de enfermagem passa pela visão abrangente e multifacetada do cuidado enquanto conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza ou processo dinâmico produtor e protetor da vida. Este sistema configura-se, ora por pequenos movimentos/atos e ora como atividade básica da profissão da enfermagem, ora como um misto de atividades de saúde e ora como um encadeamento de medidas assistenciais, administrativas e legais dos diferentes sistemas sociais, ora situado no mundo concreto e nos limites de uma estrutura organizacional, ora transcendendo ao controle objetivo real, extrapolando até mesmo as políticas e as vontades individuais.

Para trabalhar a complexidade no cuidado a pessoa em risco de vida, questiono-me: *Como podemos dar sentido as interações vivenciadas pelos profissionais de saúde ao cuidar no limite da vida?* Acredito que para isso é necessário compreender/desenvolver/incluir/abranger uma estrutura de referência para essa experiência de vida nos sistemas de cuidado.

3.3 REFLEXÕES SOBRE A TEORIA DO LIMITE

Como toda filosofia digna de um nome, a teoria do limite é um mapa do mundo, um dos muitos mapas – ou recreações – possíveis de uma realidade completa, literalmente inesgotável em sua dinamicidade construtiva, de onde ninguém poderá procurar por um mapa total. E por dizer agora a filosofia com palavras do próprio Eugenio Trías: uma proposta ativa e criadora, sempre em construção, sempre em processo de revisão, de “uma síntese capaz de plantar em forma de idéia filosófica, o esboço vivo do que existe” (TRÍAS, 2000, p.32).

O objetivo da presente revisão literária consiste em apresentarmos a teoria do limite - proposta filosófica do espanhol Eugenio Trias, e aproximarmos suas idéias ao cuidado em saúde. O presente estudo, aborda de maneira sucinta alguns dos elementos considerados como centrais para analisar e dar conta da argumentação

de Trias em sua Teoria.

3.3.1 Eugenio Trías

Eugenio Trías Sagnier nasceu em Barcelona no ano de 1942. Começou seus estudos em Filosofia no ano de 1960 na universidade de Barcelona. Em 1964 apresentou sua tese de licenciatura **Alma y Bien según Platón**, onde iniciou um cenário de criação filosófica do pensamento. Em 1969 publicou seu primeiro livro, **La filosofía y su sombra**, uma de suas obras mais conhecida. Porém, o aspecto mais relevante da filosofia de Trias ocorre no início dos anos oitenta, quando desenvolve o conceito de Limite. Em *el límite entre la razón y sus sombras*, Trías explora uma filosofia que pode denominar-se de filosofia do Limite e propõe, a este respeito, uma antropologia em que se concebe o homem como habitante da fronteira; o homem sempre referido a esse limite, que tem clara significação ontológica. Em seus últimos livros refere-se, ainda, a expressão **ser del límite**.

3.3.2 A proposta filosófica de E. Trias

Diferente dos atuais discursos filosóficos que abordam os sistemas filosóficos, os discursos normativos e ontológicos, Trías constrói pacientemente uma resposta a pergunta “quem é o ser?”. A resposta do pensador a primeira pergunta da filosofia, forma um trabalho meticuloso através da qual desenvolve um sistema filosófico com implicações normativas, éticas, estéticas, religiosas e inclusive políticas.

A obra de Eugenio Trías é muito ampla. Desde a publicação do seu primeiro livro *la filosofía y su sombra* (1969) até esta data, tem escrito pouco mais de uma quinzena de livros, alguns deles elogiados na Espanha por suas contribuições e reflexões filosóficas.

Certamente, algumas de suas reflexões são construídas a partir da relação, oposição e busca de mediações entre categorias distintas que formam parte de uma totalidade de análise. Por exemplo, as reflexões de Trías sobre a filosofia e sua sombra, o poder e a paixão, o belo e o sinistro, o “cerco fenomênico” e o “cerco de lo encerrado em si”, ilustram o proceder desse autor assim como sua proximidade a

metodologia pós-moderna (GRAVE, 2000).

Para alguns estudiosos, existe na obra de Eugênio Trías uma coincidência com o estruturalismo, que talvez se deve a crítica que tanto um como outro fazem a visão ocidental moderna do mundo, ao racionalismo cartesiano, ao etnocentrismo ocidental, assim como aos grandes relatos da cultura moderna, como são os da fé na razão, no progresso e na técnica. Outros, qualificam sua trajetória dentro do pensamento hispânico “neonietzscheano”. A expressão é ambígua porque não existe nenhuma escola ou corrente dentro da filosofia que se possa chamar como tal. Em todo caso, a expressão refere-se a um conjunto de autores hispânicos que seguem o exemplo do autor de *Zaratustra* (LAMANA, 2002).

Em suas obras, outros autores estão presentes, tais como Hegel, sobre quem realizou sua tese de doutorado, Wittgenstein e Kant de quem recupera a idéia de limite assim como de mundo fenomenológico, Husserl de quem prossegue o método fenomenológico como método de investigação privilegiado.

Qualificar uma obra tão vasta, alimentada de diversas tradições e sem final me parece uma tarefa impossível. Assim, distinguir etapas do pensamento do filósofo com a idéia de estreitarmos suas reflexões mais recentes, e estudarmos aquelas em que há evidente proposta filosófica me parece mais oportuno.

Como descreve o próprio Eugenio Trias (2000) em seus escritos, existe um período de formação e de busca por criar um estilo de pensamento e escrito, um período de desenvolvimento de uma filosofia ensaiada que aborda monograficamente temas como o poder, a paixão, o belo, e o sinistro, e, finalmente um período de condensação de uma proposta ou idéia filosófica, e é neste último que centramos a atenção desse presente referencial teórico.

Trías (2001) sustenta que um dos motores vitais de um filósofo é produzir uma idéia clara e distinta ao modo cartesiano. Para Trías essa idéia filosófica começou a ser parte de sua obra há alguns anos, quando sustentou a teoria do limite, desde então, torna a escrever constantemente sobre ela, a tal ponto que é chamando o filósofo do limite.

A idéia de limite começa a ser exposta primeiramente em seus livros *Los limites del mundo*, mas tem maior clareza em *La aventura filosófica* e em *Lógica del limite*. Os livros posteriores aos recém citados são uma continuação da ontologia do limite.

3.3.3 A ontologia do limite

No dicionário de português (FERREIRA, 2009), são diversos os sinônimos de limite, entre eles, beirar, demarcar, delimitar, limiar, restringir, confinar, contentar-se, não passar além de, ou ainda, término. Ao buscar a definição de limite no dicionário de filosofia (Abbagnano, 2003), encontra-se em Aristóteles uma definição. Para ele, o limite fixa o término de uma coisa fora do qual não tem existência, mas é também começo de outra coisa diferente, o limite é, portanto, ponto de finitude e de partida.

Considerando a perspectiva de Aristóteles, o limite numa geografia refere-se aos confins de um lugar, assinala sua finitude, marca e encerra um lugar que além dele nosso caminhar se restringe. Mas o limite não só determina a finitude do lugar. Além do limite, inicia outro espaço, por tanto o limite é ao mesmo tempo o ponto de união de um espaço que se finda e de outro que inicia. Eugenio Trias (2000) nos propõe resgatar as idéias aristotélicas, mas também explorar uma terceira que resgate o limite como uma zona possível de indagar, refletir e finalmente de colonizar.

Trias em seu livro: **Lo belo y lo siniestro** (2001), defende que o sinistro constitui condição e limite do belo. Como condição, tem-se que não se dá o efeito estético sem que o sinistro, de alguma maneira, esteja presente na obra de arte. No entanto, como limite, tem-se que a revelação do sinistro destrói *ipso facto* o efeito estético. Em consequência, o sinistro é condição e limite do belo: deve estar presente sob forma de ausência, deve estar velado, não pode ser desvelado.

No livro **Limite do mundo**, Eugenio Trias (2000), nos recorda que o limite romano era o último território do império e portanto da civilização. Na fronteira, os exércitos estavam em vigilância permanente, de olho nas forças que provinham do território não conquistado. O limite era um ponto estratégico que resguardava das invasões dos povos chamados pelos romanos de bárbaros.

Não obstante, o limite era uma zona habitável e de contato fértil. Na fronteira, o trato com o inimigo representava não só um ponto de distância, mas também de encontro com o desconhecido. As invasões bárbaras não necessariamente significavam uma ameaça para a civilização, mas também uma possibilidade de enriquecer-se com elementos culturais alheios. Visto o limite como o lugar de florescimento cultural, para Trias, este pode representar uma figura filosófica com a qual construímos e alcancemos concepções do mundo

que permitam captar sua riqueza e enigma.

Em sua ontologia do limite, Trias quer deixar bem claro que este desvelamento é seu e que quando os filósofos falam de limite, falam de outra coisa.

Dar al limes este estatuto ontológico es, hasta donde llega mi información, algo que hasta ahora ningún discurso filosófico ha acometido. Ciertamente que desde Descartes a Kant y de este a Wittgenstein y a Heidegger se insiste en la idea de límite o frontera (Grenze): límite del conocer (Kant) o límite del pensar - decir, o límite del lenguaje y del mundo (Wittgenstein) o límite del mundo como mundo (Heidegger. Ciertamente que se usa, en la tradición trascendentalista, la metáfora del horizonte. Ciertamente que Platón piensa la idea como horos, límite que permite definir y delimitar su contenido". Trias volta a insistir nesse parágrafo: "Pero hasta donde llega mi conocimiento, no ha habido ninguna filosofía que trate de concebir y conceptuar el ser en tanto que ser como limes, como límite y frontera." (**Los límites del mundo**, 2000, p. 18)

A originalidade de seus escritos esta na inflexão que Trias faz a metafísica. Os limites geralmente haviam sido planejados em termos de limite de conhecimento, e Trias da uma atribuição ontológica, essa é uma grande mudança que tenta passar: propriamente o limite é metafísico. O limite para Trias está na essência do ser – **ser de limite** – portanto, o limite do conhecimento é um limite do homem e que, para ele, não decorre da percepção, é algo, imagino que se possa dizer, de natureza mais "primária". Por isso a teoria do limite abre uma referência para ir além de "*más allá*", pensando no espaço próprio do limite. Assim, começa a ontologia que quer elaborar: uma ontologia de limite, a qual denomina filosofia do limite. Então, quando fala do limite não faz em termos ontológicos, com ser, como lógica; utiliza o conceito de razão, ou de inteligência racional, que para essa filosofia do limite corresponde ao que chama de "*razón fronteriza*", gerando o conceito de: fronteira da razão.

Frente a uma razão dogmática, ou frente às propostas pós-modernas de dissolução da razão, propõe uma razão crítica. Razão essa, que se expande de forma transversal por todos os âmbitos que são

específicos da filosofia: no âmbito da estética e da filosofia da religião, no âmbito da ética e da reflexão cívico-política. Porém, sobre toda essa proposta de razão permite uma reflexão sobre nossa própria condição humana, nos permite esclarecer o que somos (TRIAS, 2000, p. 12)

Para o autor, a filosofia é unitária, não existem especialidades filosóficas. Trata-se de empregar uma idéia sobre os distintos âmbitos nos quais circulam a reflexão filosófica, para o qual é preciso formular e elaborar do melhor modo tal idéia como proposta. Tal proposta é filosófica sempre que permite entender de uma forma renovada a realidade e o mundo em que estamos, uma vez que nos possibilite clarificar nossa própria capacidade (inteligência) e dota - lá de sentido e significação.

3.3.4 O limite do ser

Trias propõe compreender o que somos através da idéia de limite. Somos o limite do mundo, em razão de nossas emoções, paixões e usos lingüísticos, dotamos de sentido e significação o mundo em que habitamos. Abandonamos a simples natureza e ingressamos no universo do sentido – universo do mundo. Mas, ao constituirmos um limite entre esse “*mundo de vida*” em que habitamos e seu próprio “*más allá*”: o círculo de mistério que nos transcende é que determina nossa condição mortal (TRÍAS, 2000, p.12-13).

Encontramos em sua filosofia, em seu desvendar o limite e o “limite do ser”, como conceito ontológico central, o limite concebido como uma fronteira entre o ser e o mundo de sua existência e para além dele mesmo. Em sua mais profunda evidência, de reconhecimento do limite do ser, este situa-se frente a si mesmo e ao existir transparente, em sua plenitude prodigiosa.

A filosofia do limite nos oferece conceitos que se interconectam entre eles, tais como o marco do surgimento, o limite hermético e a zona limítrofe como áreas de experiência humana. A capacidade de “olhar para além de” seria o traço essencial dessa experiência limítrofe e para o ser humano que assumir sua condição de limite, um ser humano capaz de uma dupla possibilidade de conhecimento: aquelas regidas pela necessidade dos seres vivos (personalidade de um sujeito frente a um mundo de objetos) e aquela que se situa na consciência do existir, pondo entre parênteses a necessidade, que permite transcender ao mundo sujeito-objeto para situar-se na realidade do ser de limite. Refletir sobre

a possibilidade de “olhar para além de” se concretiza numa reflexão sobre a ética fronteiriça, sobre a opção ética que favorecer a condição de limite e do ser de limite.

Nossa condição limítrofe e fronteiriça nos estabelece a infinita distância da natureza (pré-humana) e do mistério (supra-humano). Nossa condição marca suas diferenças em relação ao físico (a vida vegetal ou animal) e em relação ao metafísico ou teológico (a vida divina). Aprofundar no reconhecimento dessa condição humana de caráter limítrofe e fronteiriço é o objetivo de uma filosofia que aspira a ser, por sua vez, a mais adaptada às reflexões dessa mudança de século e de milênio, e que conecte com as grandes tradições da filosofia (TRÍAS, 2001).

Até aqui, trago o posicionamento de Trías. Em nosso dia-a-dia, na hora da procura por uma decisão boa ou correta perante um conflito, a respeito do uso de uma determinada técnica a serviço do ser humano na área da saúde, a solução não me parece simples. A pessoa prudente irá refletir cuidadosamente sobre os limites da ciência e a sua aplicação; entretanto, dificilmente concordará em uma única solução, uma única razão (boa ou melhor).

Quais os critérios para o estabelecimento ou fixação dos limites humanos/tecnológicos para uma ação boa ou adequada no campo da saúde? São diversos, a meu ver, os critérios que irão nos ajudar no discernimento dos limites.

3.3.5 A teoria do limite na enfermagem

Parece-me que os limites de caráter ético que devem orientar o uso adequado ou bom uso da ciência, particularmente da ciência biomédica, estão diretamente relacionados com os direitos humanos. Os direitos humanos tem, por sua vez, um denominador comum: a dignidade humana. A dignidade humana é um elemento nuclear da ética. A dignidade humana deveria ser o fundamento dos códigos deontológicos, das constituições nacionais. A dignidade humana deveria ser o último critério para julgar toda norma deontológica, e preceito legal de qualquer canto do mundo. Porque o homem e a mulher, independentemente da sua idade, cor da pele e condição social, têm dignidade. Em palavras de Kant, na sua obra fundamentação da Metafísica dos costumes, ele e ela merecem respeito (KANT, 1997).

Esse princípio, é sabido, tem as suas fronteiras, limites e áreas de

indeterminação, discussão e conflito.

Afinal, quando existe o ser humano, a pessoa humana?

Outro limite de caráter ético das diversas aplicações da tecnologia na área da saúde, decorrentes do progresso da ciência, é a autonomia do ser humano. O termo autonomia, derivado dos vocábulos gregos *auto* (próprio) e *nomos* (lei ou regra), significa a capacidade de definir as suas próprias regras e limites, sem que estes precisem ser impostos por outro. A autonomia é um processo gradativo de amadurecimento, que ocorre durante toda a vida, propiciando ao ser humano a capacidade de decidir e, ao mesmo tempo, de arcar com as consequências dessa decisão, assumindo, portanto, responsabilidades.

A prática de saúde em situações limítrofes, permite ao ser humano a estruturação de sua autonomia? Tem na prática tal poder e tal possibilidade? Ou será uma prática necessariamente fundamentada na coerção, como pensava Kant? Pode a prática de saúde, da enfermagem, ser uma prática aberta a liberdade?

Se refletirmos sobre esta questão, e procurarmos sentir a sua densidade, veremos que o que está em discussão é a própria possibilidade da liberdade humana, aqui neste pequeno texto analisada em uma situação específica – a prática de saúde – apenas por uma necessidade de recorte do tema, para tornar possível a reflexão. Em outras palavras, não há uma liberdade social e uma liberdade de cuidados distintas e separadas, mas trata-se do mesmo fenômeno, em situações diferentes.

Um outro limite é o de auto-respeito. Auto-respeito significa ter certeza dos nossos valores; uma atitude afirmativa diante de nosso direito de viver e de ser feliz; a sensação de conforto ao reafirmar de maneira apropriada os nossos pensamentos, as nossas vontades, as nossas necessidades; o sentimento de que a alegria é o nosso direito natural por termos sido criados e existirmos no mundo. O auto-respeito é, sobretudo, a garantia do respeito ao outro. Entretanto, nem todas as pessoas possuem verdadeiro auto-respeito. Precisamos estar sempre preparados para agir com compreensão e tranquilidade diante dos acontecimentos.

O diálogo e a discussão das normas, dos problemas ligados aos valores: o que fundamenta a ação dos profissionais de saúde, a pesquisa científica, as experiências com animais e seres humanos, as questões sociais relativas à saúde, ou seja, o que diz respeito à vida, são limites que nos remetem à dignidade humana, ao caráter ético, ao limiar da vida.

Sendo assim, a ética, como uma área de pesquisa, pode valer-se

da contribuição de outras ciências que também se dedicam à produção do conhecimento. Reconhecendo essa interação, pode-se dizer que o pensar/refletir/ponderar o limite da vida em saúde, aliado ao posicionamento ético, produz características distintas:

- Origina-se em um ambiente científico em vista da necessidade de os próprios profissionais de saúde se protegerem e protegerem a vida humana;
- Surge de um esforço interdisciplinar, uma vez que não se trata de uma ciência feita, clara e definida. Parte-se dos princípios e dos valores tradicionais e com eles trata-se de encontrar soluções ou problemas novos que são propostos pela biologia e por outras ciências;
- Busca humanizar o ambiente hospitalar, extra-hospitalar, e em particular, promover o direito das pessoas a exercer uma sadia liberdade, especialmente, no que tange ao limiar da vida;
- Ocupa-se em buscar a dimensão ética dos problemas novos relacionados ao tema em questão, criados pelas ciências biomédicas.

Acredito que os limites, os quais estão presentes em nosso dia-a-dia, são respaldados pela ética, e pautam, por tanto, o exercício adequado da técnica para o bem estar e respeito dos seres humanos que cuidamos.

As questões sobre a vida e o ser humano formuladas em ciências, só podem ser compreendidas a partir das diversas formas de relação entre a visibilidade, o olhar e o conhecimento, ou seja, a maneira de olhar o seu objeto, ou ainda, a partir dos diversos modos pelos quais enfocamos determinado assunto.

A filosofia de Trías nos oferece a chave para abordar fenômenos diversos da natureza, cada âmbito da vida e a relação entre eles, mediante sua descrição minuciosa, refletida, pensada a cerca da filosofia e o encontro desta com a razão: trazendo a tona o conceito do limite ou fronteira.

Ao olhar para a saúde, para a disciplina enfermagem, percebo que os limites que acompanham o desenvolvimento e aplicação das tecnologias e ciências, decorrentes dos direitos e valores humanos (autonomia, dignidade, liberdade, respeito a vida) não a destroem nem a aniquilam, mas orientam, pautam e desafiam o seu bom desempenho.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Ao objetivar a investigação de significados e representações, optamos por desenvolver uma pesquisa de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa, segundo Polit e Hungler (1995, p.272), “consiste em coletar e analisar materiais subjetivos e narrativos”. Para Minayo (2006), a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, possibilitando que o autor se envolva diretamente na situação, permitindo observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes. Ela busca entender e apreender o fenômeno em profundidade e complexidade e permite desvelar o que está oculto no mundo vivido pelos participantes.

Nesta perspectiva, a opção pela Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados) possibilitou explorar a riqueza e a diversidade da experiência humana do cuidar no limiar da vida e a teoria das representações sociais, permitiu a instrumentalização adequada para se construir uma configuração significativa sobre a vivência desse cuidar, a partir das representações de um grupo de pessoas que trabalha com seres humanos em risco de vida. A aproximação desses dois referenciais metodológicos permite gerar um conhecimento sobre o cuidado no limite da vida a partir da própria realidade dos profissionais, conhecimento este, ainda pouco explorado e de uma área cada vez mais de interesse da enfermagem.

4.1 REPRESENTAÇÕES: APORTES TEÓRICOS

Sob forma de conhecimento, as **Representações** constituem uma vertente teórica da Psicologia que faz contraponto com as demais correntes da Filosofia, da História e da Sociologia que se debruçam sobre a questão do conhecimento. Nos últimos anos, o conceito de Representação tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas, com efeito, este conceito atravessa as ciências humanas e não é patrimônio de uma área em particular. Nos estudos de saúde e enfermagem, o conceito de Representações tem tido uso crescente, justificando assim, seu exame sistemático em busca de uma especificidade maior e progressiva para essa disciplina.

As Representações no campo da saúde, tem como objeto de estudo as formas como as pessoas interpretam, compreendem, atribuem significados e lidam com o processo saúde-doença – em outras palavras, ela estuda as concepções populares e profissionais sobre a saúde e a doença, a partir de seu contexto sócio-cultural. A Representação se preocupa também com o estudo das condições de vida e trabalho das pessoas em sua relação com a saúde e a doença; a forma como as pessoas em diferentes contextos culturais concebem o corpo, a sexualidade e as relações de gênero em sua interface com a saúde.

O termo representação vem do vocábulo latino *repraesentationis*, significando “imagem ou reprodução de alguma coisa”. Para situar as Representações entre as correntes mais tradicionais das teorias do conhecimento, vale recorrer, como ponto de partida, ao vernáculo. Excetuando-se o sentido jurídico do termo “representação”, o Dicionário Aurélio (Ferreira, 2009) oferece duas definições, que revelam o embate epistemológico implícito nesta noção. Num primeiro sentido, representação é o “*conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento*”; é, em síntese, a “*reprodução daquilo que se pensa*” (FERREIRA, 2009). Nesta definição, a ênfase situa-se na natureza do conhecimento, na possibilidade real do conhecimento e da apreensão da realidade.

Na sua origem e etimologia, o conceito de Representação evoca algum tipo de semelhança/reprodução/modelo de eventos, processos e relações por seus representantes, com a finalidade de retratá-los, de modo que as representações teriam basicamente um caráter analógico. A raiz semântica do termo “Representação” já sugere a idéia de uma re-representação, sugerindo uma semelhança ou uma correspondência estrutural (diagrama), ou processual (narrativa), que busca a re-presentificação de relações, eventos e processos vividos/percebidos, pela sua evocação ou simulação. Assim, a similitude entre o discurso da fala com o vivido confere um caráter testemunhal, uma verossimilhança e um realismo às representações dos discursos, especialmente a partir do resgate da memória, instaurando um ar de naturalidade e espontaneidade dessas formas.

O conceito de *representação social* nasceu na sociologia e na antropologia, com Durkheim e Lévi-Bruhl, mas a Teoria das Representações Sociais propriamente dita, surgiu na França, com a publicação, em 1961, do estudo *La Psychanalyse son Image et son Public*, de Serge Moscovici. Nessa perspectiva, a representação social se concretiza através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. Partiu da concepção de Durkheim, que utilizava a expressão

representação coletiva, em relação ao pensamento individual.

Para Moscovici (1978), a representação é composta de figuras e expressões socializadas, e a organização dessas imagens e linguagem que as expressam se tornam comuns, podendo ser apreendidas através de um dado ou objeto exterior, ou modelando o que é dado no exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam, de preferência com os objetos, os atos e as situações constituídas por um conjunto de interações sociais. Ocorre uma reprodução, mas que remodela os elementos, remaneja as estruturas, reconstruindo o dado ou o objeto no contexto dos valores, das noções e das regras do indivíduo.

Para Jodelet (2001, p. 17), as representações sociais não apenas têm origem no cotidiano como têm caráter de suporte para a ação na medida em que “nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar estes aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles”.

O estudo das representações sociais do cuidar da pessoa em risco de vida pode, portanto, trazer elementos para a compreensão de como diferentes grupos de profissionais estruturam seu caminho profissional, sobre como utilizaram as representações sociais para definir identidades e estabelecer relações de proximidades ou de distanciamento com o cuidar no limiar da vida, e, com isso, guiar e justificar comportamentos e práticas.

As representações, além de serem compartilhadas, são coletivamente produzidas e construídas. Portanto, produz e determina comportamentos, definindo simultaneamente a natureza dos estímulos que cercam e provocam os indivíduos, e o significado das respostas a serem dadas, desta forma.

Formar uma representação sobre experiências ou conhecimentos significa animá-los de duas formas. Primeiro, ligá-los a um sistema de valores, de noções e práticas que proporcionam aos indivíduos formas de se orientarem no meio social e material, dominando-o. Em segundo lugar, propondo-os aos membros de uma comunidade como forma de trocas e de códigos para denominar e classificar claramente as partes do seu mundo, história individual ou coletiva. Considerando a função constante do real e do pensado, do científico e do não científico.

O estudo das RS, vinculado ao cotidiano, à vida social e aberto à busca do que de fato emerge numa sociedade ou grupo social, e desvinculado de apriorística mítica, religiosa, ideológica, ou de qualquer outra ordem, visa identificar elementos que “estão organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade. É esta totalidade significativa que, em relação com a ação, encontra-se no

centro da investigação científica, a qual atribui como tarefa descrevê-la, analisá-la, explicá-la em suas dimensões, formas, processos e funcionamento.” (JODELET, 2001, p. 21).

O mecanismo de elaboração de uma representação social foi descrito por Moscovici de acordo com dois processos fundamentais: a objetivação e a ancoragem. A **objetivação** faz com que se torne real um esquema conceitual, como o que se dá a uma imagem uma contrapartida material que, segundo Moscovici (1978, p. 110-111), resultará em “flexibilidade cognitiva”, ou melhor, “objetivar é reabsorver o que era apenas inferência ou símbolo”. Com isto, há a substituição do percebido pelo conhecido, diminuindo, no caso ora em estudo, a distância entre o limiar da vida e a realidade vivida; já a **ancoragem** é o processo de trazer as representações às categorias e imagens diárias, ligando-as a um ponto de referência reconhecível. Dessa forma, o processo de ancoragem significa classificar e nomear o conhecimento em categorias, para ser interpretado, analisado e justificado. Moscovici (1978, p. 173), refere que:

[...] mediante ao processo de ancoragem, a sociedade converte o objeto social num instrumento de que ela pode dispor, e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes. Poder-se-ia dizer ainda que a ancoragem transforma a ciência em quadro de referência e em rede de significações.

Sendo assim, a classificação e a nomeação são as duas maneiras de ancorar uma representação, num processo de repensar, reexperimentar, explicar, qualificar e inscrever no contexto concreto do indivíduo.

Para Moscovici (2005, p. 130), o pensamento classificatório permite atingir vários objetivos que nos são necessários para nos orientarmos em nossas relações com o outro e com o meio ambiente:

[...] faz-se uma escolha entre os diversos sistemas de categorias (e assim se indicam as suas preferências); a definição dos caracteres comuns permite estabelecer uma equivalência (ou diferença) entre os indivíduos; reconhece-se um significado em certos comportamentos e a eles atribui um nome.

E, no processo de objetificação, aquilo que parece abstrato, não familiar, desconhecido, transforma-se em um bloco de construção da própria realidade, através da materialização do desconhecido, pelo pensamento e linguagem; é o processo que procura transformar o assunto abstrato em um conteúdo visível. Para Moscovici (1978, p. 174), “a objetificação transfere a ciência para o domínio do ser e a ancoragem a delimita ao domínio do fazer, a fim de contornar o interdito de comunicação”.

Entretanto, para que tal fato ocorra, é necessário: integrar a novidade, a idéia, modelar e compor, ou seja, conhecer o fato novo, torná-lo familiar; interpretar a realidade, na qual a idéia é naturalizada, o percebido pelo concebido, ou seja, traduzir o fato novo, ou interpretá-lo; orientar as condutas e as analogias sociais, ou seja, tomar decisões e agir.

Assim, tanto a ancoragem quanto a objetificação são processos pelos quais agimos com base na memória, para possibilitar a familiarização com o fato, o armazenamento, a identificação, o reconhecimento, a fim de combiná-los e reproduzi-los no mundo externo, para criar um fato novo e introduzi-lo no universo individual. As representações sociais, portanto se constituem em modo de organização objetiva de experiências, permitindo uma compreensão das categorias que congregam as vivências das pessoas como dados comuns entre elas.

Uma particularidade apontada por Jodelet (2001, p. 27) no estudo das representações sociais “é o fato de integrar na análise desses processos a pertença e a participação, sociais ou culturais, do sujeito”, e que as representações sociais podem também “relacionar-se à atividade mental de um grupo ou de uma coletividade.”

De modo a especificar a proposição inicial de Moscovici, surgiram três abordagens complementares, quais sejam: a processual, proposta por Denise Jodelet; a relacional proposta por Willen Doise; e a estrutural, inicialmente denominada de teoria do núcleo central, de Jean-claude Abric (Sá, 2002). A abordagem estrutural das representações sociais foi a única das abordagens complementares que chegou a formalizar-se como uma teoria, tendo por isso, sido denominada de teoria do núcleo central.

4.1.1 A abordagem estrutural

Nesta pesquisa a busca foi a da compreensão da representação do processo de cuidar da pessoa em risco de vida. Uma realidade concreta caracterizada em seus significados e na dinâmica do momento em que se encontra o grupo de profissionais estudados. Utilizamos a abordagem estrutural proposta por Abric (1998) como a ferramenta não para interpretar a realidade, mas para estruturar a realidade desvelada pelas representações.

Segundo a teoria do núcleo central, uma representação social só vem a ser adequadamente descrita ou identificada quando, além do seu conteúdo, se apreende também a sua estrutura. Ao desempenhar papéis na estruturação e no funcionamento de uma representação social, o núcleo central cumpre uma função geradora para significar e conferir sentido ou valor aos elementos da representação, e uma função organizadora para os elementos constitutivos, conferindo a unidade e a estabilização que caracteriza o próprio núcleo central da representação (SÁ, 2002).

Do ponto de vista estrutural, as representações são, então, organizadas em sistema central e sistema periférico, como partes constituintes da teoria do núcleo central. Essa organização estrutural de natureza hierárquica sugere que os sistemas de cognições interligadas distinguem-se quanto a sua natureza e funções relativas a representações.

O núcleo central (NC) é diretamente determinado pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com o objeto e, principalmente pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo, o qual é marcado por condições históricas e sociais e vinculado à memória coletiva (Mazzotti, 2007). Esse contexto constitui a base comum da representação, sendo indispensável a sua identificação para que se possa avaliar a homogeneidade de um grupo, ou seja, só se pode afirmar que dois ou mais grupos têm a mesma representação de um objeto se esses grupos partilharem o mesmo núcleo central (Abric, 1998). Os elementos periféricos (EP) formam a parte operatória da representação sendo essenciais para o funcionamento e a dinâmica das representações. Cinco funções do sistema periférico são enfatizadas (Abric, 2003): (a) *concretização do NC* em termos ancorados na realidade, imediatamente compreensíveis e transmissíveis; (b) *regulação*, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto; (c)

prescrição de comportamentos, pois funcionam como esquemas organizados pelo NC orientando tomadas de posição; *(d) proteção do NC* sendo elementos essenciais nos mecanismos de defesa da significação central da representação; e *(e) modulações personalizadas*: pois é o sistema periférico que permite a elaboração de representações individualizadas relacionadas à história e às experiências pessoais do sujeito.

A estruturação das representações sociais proporciona um corpo de proposições que contribui para que as teorias das representações se tornem mais heurísticas para a prática social e para a pesquisa (FLAMENT, 2001). Proporciona um refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sendo o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica (ABRIC, 2003).

Assim, o sistema central compreende as cognições que determinam a identidade da representação social, ou seja, sistemas centrais diferentes indicam representações diferentes e dão estabilidade à representação e são resistentes a mudança (Abric, 2003). Enquanto isso, o sistema periférico, ou seja, os elementos não centrais, são mais abstratos e possuem natureza normativa, referem-se a esquemas de natureza mais funcional, descrevendo e determinando ações (Abric, 2003). Os elementos do sistema periférico são mais instáveis, pois se modificam com facilidade devido a alterações no contexto dos grupos sociais e suas relações com algum objeto social, servindo de proteção para o sistema central, adaptando-se às alterações contextuais.

Compreendida a estruturação das representações sociais, destacamos sua relevância para a compreensão dos fenômenos em saúde não apenas numa perspectiva macroscópica, mas também para análises mais detalhadas de aspectos do cotidiano profissional, dos saberes, das práticas, das instituições organizacionais em saúde, das relações interpessoais, entre outros. Atualmente a teoria das representações sociais vem se difundindo nos meios acadêmicos brasileiros solidificando-se em diferentes domínios como História, Filosofia, Saúde e Educação. No Brasil, esse referencial vem se consolidando, sendo os autores mais estudados Moscovici, Jodelet, Abric, Flament, Sá, entre outros.

4.2 GROUNDED THEORY: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi idealizada pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, que a denominaram de “*Grounded Theory*”. Desenvolveram seus estudos na Universidade da Califórnia, São Francisco, USA, em meados da década de 60, do século XX. Como professores de sociologia desta universidade, uniram suas experiências para desenvolver técnicas para a análise de dados qualitativos. Anselm Strauss, veio da Universidade de Chicago com uma forte tradição na pesquisa qualitativa. Seu pensamento era inspirado pelos interacionistas e pragmatistas, tais como, W.I.Thomas, John Dewey, G.H.Mead, Everett Hughes e Hebert Blumer. Com características de pesquisa diferentes de seu colega, Barney Glaser, proveniente da Universidade de Columbia e influenciado por Paul Lazarsfeld, um inovador de métodos quantitativos, contribuiu para a formulação de um conjunto sistemático de procedimentos para o processo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 1990).

Ao iniciarem seus trabalhos na Universidade da Califórnia, em São Francisco, Glaser e Strauss ajudaram os estudantes de enfermagem a guiar suas pesquisas. Um dos primeiros projetos relacionado com a morte de pacientes nos hospitais resultou em duas monografias sobre o tema, *Awareness of dying* e *Time for dying* (GLASER; STRAUSS, 1965; 1968).

Com a experiência obtida nos estudos desenvolvidos e como uma alternativa às formas de análise realizadas na época, os pesquisadores passaram a desenvolver uma nova abordagem para a investigação científica, denominada Teoria Fundamentada nos Dados. Assim, emergiu um novo método de técnicas de análise dos dados qualitativos, com características que o distingue de outros métodos, dando ênfase ao desenvolvimento de teoria. Este modelo foi primeiramente publicado, em 1967, no livro *The Discovery of Grounded Theory*¹. Desde a sua publicação, as técnicas para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada nos Dados, tem sido refinada pelos autores, sozinhos (GLASER, 1978) ou com colaboradores (STRAUSS; CORBIN, 1990; 2002).

A Grounded Theory tem suas raízes nos pressupostos do Interacionismo, tendo como objetivo captar aspectos intersubjetivos das experiências sociais do ser humano. Segundo a perspectiva

¹ GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. **The discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine, 1967.

interacionista, a Grounded está voltada para o conhecimento da percepção ou do significado, que determinada situação ou objeto tem para o outro (BETTINELLI, 2001).

Esse referencial se relaciona ao estudo dos aspectos experienciais do comportamento humano, ou seja, a maneira como as pessoas definem os eventos ou a realidade e como agem em relação às suas crenças. Na enfermagem, alguns autores vem utilizando a Grounded theory como referencial metodológico na busca por identificarem os significados que as experiências têm para as pessoas e em que direcionam suas ações, entre eles Lacerda (2000), Althoff (2001); Bettinelli (2001); Gomes (2005).

A Grounded trata-se do modo de construir indutivamente uma teoria assentada nos dados, através de uma análise qualitativa destes e que, agregada ou relacionada a outras teorias, poderá acrescentar e trazer novos conhecimentos à área do fenômeno estudado. Seu objetivo não é rechaçar ou provar, mas sim acrescentar novas perspectivas ao entendimento do fenômeno. Strauss e Corbin (1990) dizem que todos os procedimentos da TFD têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos.

A compreensão da ação humana está relacionada a descobertas de categorias relevantes e das relações existentes entre elas. As categorias surgem, a partir da visão e da compreensão do fenômeno, na perspectiva dos participantes do estudo, sabendo-se que são derivados de suas interações sociais. Nesse método, explora-se a diversidade da experiência humana e, com ela, desenvolvem-se teorias de médio alcance, que podem ampliar o conhecimento na enfermagem.

É possível que, ao ampliar o conhecimento sobre um fenômeno, abordando aspectos que não foram ainda explorados ou analisando os já explorados por outros pesquisadores, porém com um outro enfoque, se construa um modelo teórico (STRAUSS; CORBIN, 1991).

A Grounded Theory permite a geração de teorias a partir dos dados obtidos, analisados e comparados de maneira sistemática e concomitante. Essa metodologia tem sido utilizada em estudos com uma abordagem qualitativa e nas pesquisas indutivas na enfermagem, pois é um referencial que fornece caminhos e propicia orientação ao pesquisador, nos estudos interacionistas. É um processo de análise e interpretação de dados bastante complexo, que requer envolvimento constante e consome tempo e energia do investigador.

As teorias geradas podem ser formais ou substantivas, sendo que estas são desenvolvidas em áreas de pesquisa empírica. As formais existem no nível conceptual de interrogação, explicando um processo

que transcende e deriva de várias teorias substantivas. Este método tem como propósito gerar teoria substantiva que possa ser desenvolvida dentro de uma investigação sociológica substantiva ou empírica. O conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e das ações humanas.

Para Streubert e Carpenter (1995), a TFD é um método adequado a pesquisas qualitativas, na área de enfermagem, e pode gerar teorias, ao descrever e interpretar fenômenos. Esse tipo de trabalho permite aprofundar o conhecimento, dentro da multidimensionalidade e da experiência do ser humano, no seu cotidiano.

Glaser e Strauss (1967) ressaltam a importância de que a coleta de dados e de informações, junto aos participantes pesquisados, seja feita em situações e com características diferentes, pois isso possibilitará a análise e interpretação sistemática comparativa dos dados, de forma mais profunda e rica.

Em relação à coleta e análise dos dados feita de maneira simultânea, Polit e Hungler (1995, p. 271) explicam que este é um aspecto vital na condução da pesquisa, pois:

a comparação constante dos dados é utilizada para elaborar e aperfeiçoar, teoricamente, as categorias, elucidadas a partir dos dados, são constantemente comparadas aos dados obtidos bem no início da coleta dos dados, de modo que os elementos comuns e variações podem ser determinados. Enquanto ocorre a coleta dos dados, o interrogatório torna-se cada vez mais centrado nas preocupações teóricas emergentes.

Na análise comparativa, devem ser observados, de acordo com Glaser e Strauss (1967), aspectos como: conhecimento do ambiente, codificação dos dados, formulação das categorias, redução do número das categorias e/ou novos agrupamentos, identificação da categoria central, modificação e integração das categorias. No processo de codificação representado na figura 01 (presente na página seguinte) o pesquisador parte da *codificação aberta* - fase em que os dados brutos são transcritos linha por linha no sentido de apreender as categorias preliminares. Na sequência, a *codificação axial* - fase em que escolhe uma categoria da codificação aberta e a coloca como fenômeno central para relacioná-la com as demais categorias, por fim, a *codificação seletiva* que termina por configurar a teoria.

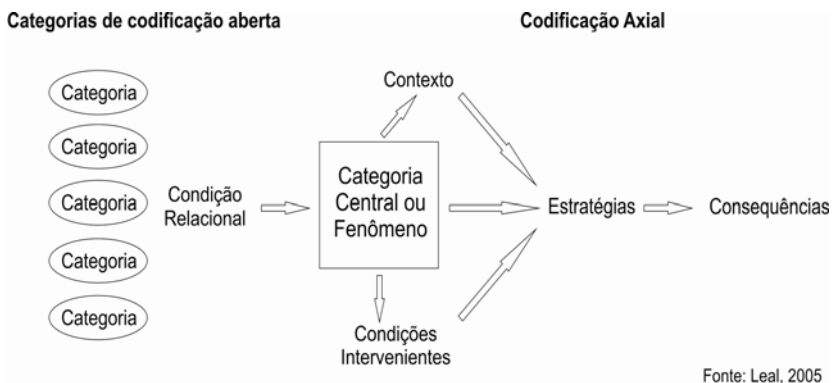


Figura 1: Processo de Codificação

Nessa modalidade de pesquisa fundamentada nos dados, o pesquisador tem um trabalho sistemático intenso. Ela requer também uma sensibilidade teórica bastante aguçada, para captar uma grande variedade de informações, que irão facilitar a compreensão dos fenômenos existentes no local do estudo.

Os procedimentos utilizados nessa teoria, para desenvolver e relacionar conceitos, requerem que os dados sejam olhados com perspicácia, imaginação, aspectos estes que fazem parte da sensibilidade teórica. Quanto a esta, decorre da experiência pessoal e profissional, com um embasamento consistente na literatura, que pode ampliar a percepção, compreensão e interpretação dos dados dos participantes da pesquisa, sobre o fenômeno estudado. É um atributo em que o pesquisador terá *insights*, isto é, habilidade de dar significado aos dados, capacidade de compreender os eventos e de separar o que é pertinente do que não é, para o estudo proposto.

A receptividade do pesquisador deve ir além dos dados em si, pois muitas vezes novas situações e novas idéias poderão estar nas entrelinhas. Essa sensibilidade aos dados também requer que se registrem todos os eventos e acontecimentos observados no contexto estudado.

O pesquisador deve reconhecer as tendências dos participantes da pesquisa, ter capacidade de análise situacional e fazer uma leitura do contexto organizacional, impedindo algum viés possível no estudo. O investigador é parte integrante do processo de pesquisa, devendo ter

habilidades próprias e reconhecer o seu papel neste tipo de investigação científica.

É fundamental que o pesquisador tenha um bom conhecimento da metodologia a ser aplicada. Isso favorecerá que ele tenha maior habilidade de análise dos dados encontrados. Outro aspecto que deve ser considerado, já falado anteriormente, é que o pesquisador tenha o menor número possível de idéias pré-concebidas ao iniciar o estudo. Evidentemente que poderá ter uma hipótese prévia e uma pergunta norteadora do problema da pesquisa, para guiar o início dos trabalhos.

Para Lacerda (2000), os conceitos são a base de análise dessa metodologia. Os procedimentos utilizados buscam identificá-los, fazendo o desenvolvimento dos mesmos e relacionando-os, para que haja relevância teórica comprovada. Precisam ser significativos e estar repetidas vezes presentes nos procedimentos de codificação para se transformarem em categorias.

Conforme Glaser & Strauss (1967), a amostra teórica é o processo de coleta de dados para gerar teoria. Há a coleta, codificação e análise dos dados, e decisão sobre que dados coletará sucessivamente. O objetivo dessa amostra é apontar os eventos que sejam indicativos de categorias. A coleta de dados é efetuada até acontecer a saturação teórica, ou seja, até ocorrer a repetição e ausência de dados novos.

Essa amostragem é fundamental para iniciar o processo que vai gerar uma teoria, que determina e controla onde será feita a próxima coleta, e a posterior codificação e análise dos dados. O objetivo da amostragem teórica é apontar eventos que são indicativos de categorias. O interesse está na coleta de dados sobre o que os participantes do estudo fazem, em termos de ação e interação no cuidado. Essa coleta é desenvolvida até acontecer a saturação teórica, ou seja, a repetição ou ausência de dados novos. Decide-se, então, pelos incidentes que deverão ser coletados no próximo passo e onde é possível encontrá-los, para ser desenvolvida a teoria. Busca-se o incidente e não as pessoas em si (STRAUSS; CORBIN, 1991).

A seguir, apresento as etapas do caminho a ser construído para a efetivação desse estudo.

4.3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo qualitativo, interpretativo e analítico, pautado nas Representações e na abordagem estrutural da teoria das

Representações Sociais apresentada por Abric (2001, 2003) e Sá (2002) e na Grounded Theory (GLASER; STRAUSS, 2001).

O desenvolvimento desse estudo teve sua fase de campo, de tratamento e de análise dos dados dividida em quatro momentos, para os quais se fez necessário uma configuração específica de participantes e de técnicas de pesquisa. Os resultados obtidos na análise da primeira etapa de campo subsidiaram a construção das estratégias e dos instrumentos aplicados nas etapas subsequentes.

Esta estratégia teve por base a idéia de que estudar o conhecimento que os participantes possuem acerca de um dado objeto e a maneira pela qual este é organizado e utilizado pelos grupos sociais, implica numa perspectiva de pluri-metodologias (ABRIC, 2001; SÁ, 2002). A idéia desses e de outros autores de que as representações sociais não podem se satisfazer de apenas um método de estudo não é nova, sendo constantemente discutidos o interesse e a necessidade de um tipo de abordagem pluri-metodológica ou triangulação de métodos, para circunscrever os fenômenos representacionais, no contexto de uma complexidade. Acrescentam Driessnack M, Sousa VD, Mendes (2007), que esse tipo de abordagem permite o avanço teórico e a produção de exemplos, atestando o valor heurístico da teoria das representações sociais. Deste modo, esta estratégia visa conferir não somente a validade, mas também, e, sobretudo, rigor, amplitude e profundidade a pesquisa.

Considerando a pluralidade de decisões e das técnicas envolvidas no presente estudo, para propiciar uma maior inteligibilidade, o cenário do estudo, a amostra teórica e a descrição do trajeto percorrido em cada etapa serão descritos a seguir.

4.3.1 Cenário do estudo

O espaço físico pode ser definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito do estudo. Este estudo foi desenvolvido inicialmente com os profissionais (médicos e enfermeiros) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, situados na região da Grande Florianópolis.

O SAMU no Brasil e em Santa Catarina foi idealizado e implantado com base no modelo francês, pois suas centrais de regulação e as USAs (Unidades de Suporte Avançado), têm como característica fundamental a centralização no médico, tanto na regulação do sistema

como no atendimento e monitoramento do paciente. O que diferencia do modelo francês é o fato de que no Brasil, o SAMU possui USB (Unidades de Suporte Básico), onde nesta unidade a equipe é composta por apenas um técnico de enfermagem e um motorista socorrista. Por esse motivo, o SAMU no Brasil, adaptou o modelo francês para sua realidade, e conseqüentemente, seu nome passou de Serviço de Atendimento Médico de Urgência, que é nome do modelo Francês para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (NITSCHKE et al, 2008).

O Estado de Santa Catarina é dividido em sete macrorregiões, para facilitar a coordenação do SAMU. A macrorregião selecionada para este estudo é a da grande Florianópolis, que abrange além da capital, os municípios de: Águas Mornas, Angelina, Alfredo Wagner, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Garopaba, Gov. Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo A. Imperatriz, São Bonifácio, São J. Batista, São José, São P. Alcântara, Tijucas. Inaugurado em 5 de novembro de 2005, a 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.

4.3.2 Amostra Teórica

Uma parte fundamental para as abordagens metodológicas é o desenvolvimento da amostra teórica. Diferentemente de outros métodos, a amostra teórica para as entrevistas na Grounded Theory não é definida anteriormente à coleta de dados, mas é definida no transcorrer do processo de análise, com base nos conceitos e hipóteses conceituais emergentes. (BÜSCHER, 2007).

Nessa perspectiva, o pesquisador estabelece no decorrer do processo as características e a quantidade de dados que serão coletados e, a seguir, quantos e quais deverão ser os participantes do estudo. Em outras palavras, o pesquisador seleciona eventos e incidentes que são indicativos de categorias, com o objetivo de desenvolvê-las teoricamente e relacioná-las sistematicamente. (CASSIANI, 1994; CORBIN; HILDENBRAND, 2003).

Para enriquecer e ampliar os significados em torno do fenômeno é importante que a coleta de dados seja realizada em situações e com

participantes ou grupos com características e práticas diferenciadas. Dito de outro modo, é importante que a coleta de dados seja realizada com representantes múltiplos, a fim de maximizar a variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas ao fenômeno em questão. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

Desse modo, o presente estudo foi conduzido de forma a encontrar aderência aos objetivos anteriormente descritos. A coleta e a análise de dados foram processadas de forma sistematizada em quatro fases. Inicialmente, foi realizada uma entrevista para clarificar a questão norteadora do processo de investigação. Na seqüência, a coleta de dados foi conduzida por meio de dezoito entrevistas. Após a análise desses dados, um novo grupo foi formado por seis profissionais referenciados como sendo “gestores” pelo primeiro grupo amostral. A terceira fase da coleta de dados foi realizada com quatro docentes universitários com o objetivo de esclarecer e relacionar os códigos que emergiram da análise dos grupos anteriores. Após estas três fases de coleta e análise dos dados, a saturação dos dados por meio de entrevistas foi alcançada. Por fim, realizou-se a validação da estrutura teórica. No transcorrer dessas três fases foi realizado concomitantemente a técnica de evocações. No quarto momento e para dar continuidade a identificação da estrutura representacional do cuidado no limiar da vida, prosseguiu-se unicamente com a técnica de evocações livres, aplicando-o ao universo de profissionais pertencentes ao cenário do estudo, tendo em vista que, para a apreensão das representações a amostra não deve constar de um número pequeno de participantes estudados. O processo de coleta de dados e as respectivas fases do estudo, serão detalhados a seguir.

4.3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados se constituiu num processo amplo, tendo em vista que muitos eventos podem ser considerados dados. Nesse estudo, optou-se pelas entrevistas em profundidade e pelo método das evocações, para compreender o cuidado no limiar da vida a partir da vivência e das percepções dos atores sociais. No total, a amostra teórica constituiu-se de 28 (vinte e oito) entrevistas realizadas com participantes diferenciados e de 73 (setenta e três) coleta de dados referente às evocações livres, com a finalidade de maximizar a variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas ao fenômeno sob investigação. Dentre os entrevistados, encontram-se enfermeiros e

médicos. As fases das entrevistas e a técnica de associação livre de palavras serão descritas a seguir.

Primeira fase do estudo

Antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita para a primeira fase do processo de investigação, realizou-se uma entrevista-piloto com uma enfermeira pertencente ao quadro permanente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Florianópolis. Esse processo teve em vista testar a questão norteadora do processo de investigação. A questão que norteou a entrevista-piloto foi: Qual o significado do cuidado no limiar da vida para você?

Os resultados desta entrevista mostraram, em síntese, que a temática e as discussões acerca do cuidado no limiar da vida, principalmente enquanto termo conceitual, é ainda bastante incipiente, pelo menos nos espaços orientados pelo saber tradicional ou biomédico, determinando, desse modo, a reformulação das questões de pesquisa para a primeira fase do processo de investigação.

As questões norteadoras para as entrevistas com os participantes da primeira fase, constituída por dezoito profissionais (Tabela 1), dentre outras que foram aprofundadas no decorrer do processo de investigação, foram: O que significa pra você cuidar de pessoas em risco de vida? O que você sente diante de situações em que há risco iminente de vida? Qual o significado do cuidado para você?

Para a seleção dos participantes da primeira fase de entrevistas foram adotados alguns critérios de inclusão para a realização da coleta de dados, quais sejam: estar formado a pelo menos dois anos; possuir experiência profissional em UTI móvel/hospitalar de pelo menos um ano; concordar em participar do estudo, ter o consentimento livre e esclarecido pós-informação assinado (Apêndice A). Em relação ao tempo de formação para os profissionais, foi estabelecido o mínimo de dois anos, partindo do pressuposto que este seria suficiente para que profissionais – médicos/as e enfermeiros/as - pudessem expressar a vivência do cuidar em uti móvel. A facilidade de comunicação e reflexão e a disposição para contribuir com a pesquisa foram critérios também adotados pela pesquisadora para a inclusão dos participantes nas entrevistas.

A fim de resguardar os princípios éticos da pesquisa, assegurando o anonimato e o sigilo dos participantes do estudo foi adotado, para a identificação, a seguinte escala de convenção:

Códigos de identificação

- Gênero: f – feminino

m - masculino

- Categoria profissional: médico: med; enfermeiro/a: enf.
- Ordem dada as entrevistas: 1, 2, 3, 4, 5...
- Exemplo: F.enf.03; F.enf.12

O primeiro conjunto de participantes da pesquisa foi composto por pessoas pertencentes a grupos envolvidos diretamente no fenômeno estudado no contexto desse cenário. Assim, participaram deste grupo 06 médicos e 12 enfermeiros que atuam diretamente no cuidado ao paciente grave, conforme indica, na seqüência, a Tabela 1.

Tabela 1: Primeiro grupo de entrevistas, formado por dezoito profissionais de saúde. Florianópolis, 2008.

N.	Profissão	Código identificação	Idade	Estado civil	Tempo de Formação	Tempo de Experiência em Uti/Uti móvel	Data da Entrevista
01	Enfermeira	F.enf.01	36 anos	casada	08 anos	2 anos 10 m.	06.05.08
02	Enfermeira	F.enf.02	28 anos	solteira	06 anos	4 anos 10 m.	08.05.08
03	Enfermeira	F.enf.03	31 anos	solteira	05 anos	2 anos 10 m.	08.05.08
04	Médico	M.med.04	39 anos	união estável	20 anos	17 anos.	13.05.08
05	Médica	F.med.05	49 anos	divorc.	16 anos	12 anos.	15.05.08
06	Enfermeira	F.enf.06	37 anos	solteira	06 anos	2 anos 10 m.	21.05.08
07	Enfermeira	F.enf.07	30 anos	casada	07 anos	06 anos.	30.05.08
08	Médica	F.med.08	33 anos	solteira	09 anos.	07 anos.	03.06.08
09	Enfermeira	F.enf.09	44 anos	casada	13 anos	03 anos.	06.06.08
10	Enfermeira	F.enf.10	33 anos	solteira	07 anos	03 anos.	16.06.08
11	Médica	F.med.11	35 anos	casada	10 anos	03 anos	20.06.08
12	Enfermeira	F.enf.12	41 anos	casada	06 anos	03 anos	26.06.08
13	Enfermeira	F.enf.13	34 anos	solteira	08 anos	04 anos	26.06.08
14	Enfermeira	F.enf.14	33 anos	casada	10 anos	07 anos	02.07.08
15	Médica	F.med.15	34 anos	união estável	10 anos	08 anos	11.07.08
16	Médico	M.med.16	35 anos	casado	07 anos	03 anos	17.07.08
17	Enfermeira	F.enf.17	28 anos	solteira	05 anos	03 anos	23.07.08
18	Enfermeira	F.enf.18	36 anos	solteira	08 anos	07 anos	25.07.08

Segunda fase do estudo

O segundo grupo amostral (Tabela 2) foi formado por profissionais considerados gestores públicos de saúde, referenciados pelo primeiro grupo amostral, como já fora mencionado anteriormente. Esses profissionais possuíam alguma função de coordenação/gestão no setor da saúde/Samu, nas políticas públicas, em cargos públicos estaduais. Desse modo, considerou-se importante entrevistá-los a fim de ampliar o olhar acerca do cuidado a pessoa no limiar da vida.

A questão norteadora, seguida de outros questionamentos que levaram em conta os conceitos emergidos da análise do primeiro grupo, foi: Tendo em vista ter sido indicado(a) como gestor de saúde(a) no campo do cuidado intensivo, gostaria que relatasse a sua trajetória profissional, levando em conta a sua formação, experiências, e outros elementos que contribuem para a gerência do cuidado no limiar da vida.

Tabela 2: Segundo grupo de entrevistas, formado por seis profissionais gestores de saúde. Florianópolis, 2008.

N.	Profissão	Código identificação	Idade	Estado civil	Tempo de Formação	Tempo no cargo de gestor de saúde	Data da Entrevista
19	Enfermeiro	M.enf.19	31 anos	Casado	13 anos	05 anos	11.08.08
20	Médico	M.med.20	33 anos	Casado	08 anos	04 anos	11.08.08
21	Enfermeira	F.enf.21	28 anos	Casada	07 anos	05 anos	20.08.08
22	Médico	M.med.22	49 anos	Casado	28 anos	12 anos	29.08.08
23	Enfermeira	F.enf.23	34 anos	solteira	06 anos	03 anos	05.09.08
24	Médica	F.med.24	34 anos	casada	10 anos	03 anos	10.09.08

Nesse grupo em questão, como também em outros, os profissionais expressaram para além das palavras uma profunda emoção ao fazerem memória de alguns fatos marcantes da sua trajetória profissional. Desse modo, em alguns casos, as entrevistas tiveram que ser interrompidas para que a emoção se expressasse. Para exemplificar, menciono a fala de dois profissionais:

As vezes a gente até fica desanimada, mas quando tu salva alguém, quando dá tudo certo num atendimento, tu volta com um outro clima, então eu acho que quem está aqui, já vivenciou isso, sabe o que esse cuidado significa . As vezes a

gente reclama porque esta faltando alguma coisa, várias condições de trabalho, mas ninguém tem coragem de deixar o Serviço [fala emocionada]. Agora estou numa fase que estou gostando bastante assim, eu estava bem crítica, com o serviço tudo [emocionada]. Mas assim, eu acredito muito sabe. Eu acredito muito assim no Samu (F.enf.07).

Eu lembro o meu primeiro plantão no Samu. Eu fiquei emocionada, só o fato de estar na ambulância sabe, eu não lembro exatamente do que a gente foi atender, mas eu lembro que eu estava na beira-mar e todos os carros abriam caminho para a gente passar e aquilo assim, foi enchendo meus olhos de lágrimas (F.enf.21)

Terceira fase do estudo

A terceira fase do estudo delimita o terceiro grupo amostral (Tabela 3) formado por docentes – professores de universidades públicas e privadas do Estado de SC. Essa fase, teve-se como finalidade compreender o significado do cuidado no limiar da vida sob diferentes olhares e perspectivas, levando em conta os argumentos de Strauss e Corbin que seguem:

también es importante entrevistar y observar representantes múltiples y variados de personas, lugares, acontecimientos y épocas... Por tanto, mientras más personas, lugares y acontecimientos se entrevistan y observan, se es más capaz de cotejar las interpretaciones con las explicaciones alternativas de los acontecimientos, al mismo tiempo que se descubren las propiedades y rangos dimensionales de los conceptos importantes (STRAUSS; CORBIN, 2002, p. 68).

Nessa fase de investigação, levou-se em conta, também, o fato dos dados anteriormente analisados terem apontado “perturbações” e/ou “ruídos” na relação enfermagem, medicina – preparo acadêmico/profissional e, ainda, por terem sinalizado para a importância do conhecimento técnico-científico para um cuidado intensivo de qualidade.

Pela necessidade de compreender melhor a relação entre os conceitos emergidos da análise anterior, as entrevistas foram orientadas pelas seguintes questões, dentre outras que emergiram durante o processo de investigação: O que significa pra você cuidar de pessoas em risco de vida? Como você percebe a formação profissional para a prática do cuidado as pessoas em risco de vida? Como você percebe o cuidado intensivo/limiar da vida prestado em Unidades de Terapia Intensiva móveis?

Tabela 3: Terceiro grupo de entrevistas, formado por quatro docentes de saúde. Florianópolis, 2008.

N.	Profissão	Código identificação	Idade	Estado civil	Tempo de Formação	Tempo de Docência na Área	Data Entrevista
25	Médico	M.med.25	48 anos	casado	22 anos	04 anos	30.09.08
26	Enfermeira	F.enf.26	39 anos	casada	14 anos	06 anos	09.10.08
27	Enfermeira	F.enf.27	44 anos	separada	21 anos	13 anos	13.10.08
28	Médica	F.med.28	41 anos	casada	18 anos	11 anos	16.10.08

Após transcrição e codificação dos dados do terceiro grupo amostral, procedeu-se a validação da estrutura teórica de referência, considerando que a saturação teórica havia sido alcançada. A saturação teórica é percebida, de acordo com Strauss e Corbin (1990, 2002, 2008), quando as categorias começam a repetir-se e novos dados não são mais encontrados. Após a análise das entrevistas da fase em questão, a relação entre os conceitos e categorias mostrava-se suficientemente clara para integrá-los e consolidá-los em uma teoria substantiva.

Quarta fase do estudo

Conforme mencionado anteriormente, além das entrevistas, optou-se por trabalhar com o método das evocações, sendo que este esteve presente em todas as fases do processo de coleta de dados. No decorrer do processo, buscávamos também compreender, as representações que estes mesmos integrantes atribuíam ao cuidado no limiar da vida, de forma a obter uma melhor compreensão da realidade relativa ao fenômeno em estudo.

Deste modo, a coleta de dados, nos momentos anteriores envolvia

primeiramente a técnica de evocações livres, por meio de associação livre de palavras, as quais dão a conhecer a estrutura das representações, em termos de seus sistemas central e periférico. A questão elaborada para essa técnica traziam o seguinte enunciado:

Quais as cinco primeiras palavras que lhe vêm a mente sobre **'cuidado a pessoa em risco de vida'**.

Posteriormente prosseguia-se com a entrevista.

O uso da técnica TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras) no estudo de representações consistiu em solicitar aos participantes 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 (APÊNDICE B). O cálculo das frequências obtidas com as evocações, e, ainda, o cálculo da ordem média das evocações possibilitou, assim, chegar aos elementos que constituem o núcleo central e o sistema periférico das representações *do cuidado a pessoa em risco de vida* encontradas no conjunto da amostra pesquisada, e produzir as tabelas e quadros de visualização fornecidas pelo EVOC - *Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse dès Èvocations* (GOMES; OLIVEIRA 2005).

A técnica de evocações livres é, também, conhecida como associação livre ou teste por associação de palavras. Caracteriza-se como um método projetivo que teve sua origem na psicologia clínica e tem por objetivo analisar as idéias, os pensamentos e desejos que fazem parte da vida psíquica do indivíduo (OLIVEIRA et al, 2005).

A evocação livre possibilita a apreensão das projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando, inclusive, os conteúdos implícitos ou latentes que podem não ser revelados nas produções discursivas. Somado a isso, ela leva a obtenção do conteúdo semântico de forma rápida e objetiva. Pode-se, ainda, considerar que, em ambos os casos, se diferencia das técnicas de coletas de dados como as entrevistas

e questionários (OLIVEIRA et al, 2005).

Ao alcançarmos a saturação dos dados por meio de entrevistas no terceiro momento deste estudo, optou-se por prosseguir com a coleta de dados por meio das evocações, uma vez que para a apreensão das representações a amostra não deve constar de um número pequeno de participantes estudados. Deste modo, realizou-se ainda, 45 apreensões de dados por meio da TALP com profissionais de saúde envolvidos diretamente no cuidado intensivo em Uti móvel, que somados as 28 apreensões realizadas anteriormente – concomitante as entrevistas, perfazem um total de 73 participantes do estudo.

Por fim, para contextualizar os participantes do estudo foram coletados dados de identificação (Apendice C) com as seguintes variáveis descritivas: sexo, idade, religião, estado civil, profissão, tempo de formação na área e local/is de trabalho, entre outros.

4.3.4 Processamento dos dados empíricos

As entrevistas das diferentes fases foram gravadas e transcritas logo após a coleta. Após a gravação, os dados foram repassados para arquivos do tipo *wav*, armazenados em meio digital (pen drive), e depois transcritos e formatados no software Microsoft Word. Na seqüência, todas as entrevistas foram lidas e relidas e construídos memos a partir dos aspectos considerados relevantes para a formação da amostra teórica. Vale destacar, que todas as fases desse processo foram realizadas criteriosamente e conduzidas pela pesquisadora principal, isto é, sem o auxílio de outros atores.

Na entrevista, foram feitas descrição das ações, comportamentos e atitudes dos profissionais, nas suas relações de cuidado às pessoas em risco de vida, através de *memos*. Destas observações foram elaboradas notas de campo que compuseram os dados deste estudo. Para facilitar o trabalho, utilizei as sugestões de Strauss e Corbin, (2008), que indicam a importância das Notas de Campo (NC), que são os registros dos eventos experienciados, vistos e ouvidos e as Notas Teóricas (NT), que são as análises e inferências teóricas feitas durante a coleta e a interpretação dos dados.

O material coletado por meio da técnica de evocações foi armazenado com o auxílio do programa Word, sendo iniciado pela criação e preenchimento de uma planilha em formato de tabela com as respostas dos participantes. 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 conhecido como dicionário de padronização (APÊNDICE D). Com as enunciações dos participantes envolvidos, construiu-se o *corpus* de análise submetido ao software EVOC 2003. 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, procedimentos que serão detalhados a seguir.

4.3.5 Análise dos dados

Primeiramente, para compor a base inicial dos dados referentes às questões de caracterização dos participantes, isto é, idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, profissão, realizamos a análise de estatística descritiva. O objetivo dessa análise foi descrever os participantes, portanto, esses dados são complementares e não comparativos, não foi realizado nenhuma análise estatística relacionando os dados para a comparação entre grupos profissionais.

Análise das Evocações Livres

A análise do material coletado por meio da técnica de evocações livres foi realizada com o auxílio do software desenvolvido por Vergès (1994), denominado EVOC - versão 2003, o qual permite a organização das evocações produzidas de acordo com as suas frequências e com a ordem de evocação, que nesse estudo foi hierarquizado pelos participantes.

De acordo com Sá (2002) o cruzamento entre esses dois critérios (frequência e hierarquização das evocações) possibilita a formação de um quadro de quatro casas, que expressa o conteúdo e a estrutura das representações sociais para dado objeto de estudo. Utilizou-se da construção desse quadrante para o corpus de análise.

Para a realização dessa construção de quadrantes, tornou-se necessário a efetivação de procedimentos específicos em cumprimento aos requisitos do referido software. Inicialmente, foi realizada a digitação, no programa do *Microsoft Word* e uma padronização preliminar dos termos evocados, com correção ortográfica, substituição das preposições ou espaços das preposições por hífens, uniformizando os termos em forma plural ou singular e conforme o gênero, de acordo

com cada caso. Neste momento, tentou-se, ao máximo, a preservação das evocações como dispostas pelos participantes.

Em seguida, procedeu-se a uma padronização das palavras e termos evocados, tendo em vista a redução da dispersão de seus conteúdos. Conforme sugerem Oliveira et al. (2005), palavras ou expressões diferentes cujos significados são muitos próximos foram padronizados com a mesma designação, garantindo que o sentido final expresso pelas mesmas fosse mantido. Deste modo e a partir das referidas tabelas, construiu-se um dicionário de padrão das evocações (Apêndice D).

Após a homogeneização dos termos evocados, procedeu-se a construção de um corpus, com as evocações hierarquizadas produzidas pelos 73 participantes no programa Microsoft Word, do seguinte modo: uma primeira coluna correspondente a variável identificação dos depoentes (composta por três algarismos: 01, 02, 03...) e uma segunda coluna com os termos produzidos, antecedidos por algarismos de 1 a 5, concernente a sua importância para os participantes da pesquisa.

Isto feito, com o auxílio do programa Word, o arquivo de documento (.doc) com o corpus foi convertido em arquivo texto sem formatação ou somente texto (.txt) e deu-se, então, início a utilização, propriamente dita, dos recursos do software Evoc.

Como descrevem Oliveira et al (2005) o software Evoc é formado por um conjunto de programas articulados que, juntos, realizam a análise estatística das evocações. Em alguns momentos, o pesquisador deve interferir em seu funcionamento para a definição de parâmetros, porém, na maior parte das etapas de análise executadas, esta intervenção consiste somente em preparações para cálculos seguintes ou fechamento de seus ciclos. Os programas empregados neste estudo foram: *Lexique*, *Trievoc*, *Nettoie*, *Rangmont*, *RangFRQ*, acerca dos quais discorrer-se-à brevemente.

Os primeiros passos do Evoc são os *Lexique* e o *Trievoc*, que preparam o arquivo para o passo seguinte, o *Nettoie*, em que há a interferência do pesquisador no processamento. Este último recurso viabiliza uma última revisão do conteúdo do arquivo de análise, bem como sua correção (OLIVEIRA et al, 2005).

Após, efetiva-se a etapa *Rangmont*, que fornece um relatório com todas as palavras evocadas, em ordem alfabética, e os cálculos estatísticos gerados na análise, ou seja, o número de vezes em que cada termo apareceu em cada posição ou ordem de importância para os participantes, a frequência total de cada palavra, o cálculo da média ponderada da ordem de evocação para cada palavra, e a frequência total

e a média geral da ordem das evocações.

Neste ponto, foi identificado na parte final do relatório gerado pelo Rangmont, um ponto de corte para a frequência mínima de aparição dos termos, abaixo da qual aqueles presentes nos corpus não comporiam o Quadro de Quatro Casas. Além da definição do ponto de corte, para viabilizar a etapa subsequente, fez-se necessário a identificação do valor da frequência média. Tal procedimento se efetivou pelo seguinte cálculo (também com base na seção final do relatório Rangmont): acumulação inversa das evocações/somatório do número de palavras a partir do ponto de corte delimitado anteriormente.

Finalmente, com os dados gerados nos processos descritos, o próximo passo consistiu em ter acesso ao programa RangFRQ. Este, por sua vez, permite a construção do Quadro de Quatro Casas pela relação entre a frequência mínima das evocações (definida no ponto de corte), frequência média (oriunda do cálculo apresentado em parágrafo anterior) e média das ordens médias das evocações (gerado pelo rangmot). Após a introdução desses parâmetros pelo pesquisador, é possível a obtenção da edição da distribuição dos elementos pelos Quadrantes das Quatro Casas.

A configuração deste quadro conforme Oliveira et al (2005) e Sá (2002), se dá do seguinte modo: apenas os termos com frequência maior ou igual a frequência mínima estabelecida pelo pesquisador são dispostos na estrutura representacional. Os termos que possuem maior frequência de evocações e menor rang que, refere-se à média das ordens médias de evocação, ficam no quadrante superior esquerdo; as palavras evocadas menos frequentemente e com maior rang encontrar-se-ão no quadrante inferior esquerdo; as palavras que possuem uma frequência maior que a frequência média e um rang também maior, terão lugar no quadrante superior direito e, por fim, aquelas com uma frequência de evocação inferior à frequência média das palavras e um rang inferior ao rang médio, serão localizadas no quadrante inferior direito.

Assim, 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 participantes), situados no quadrante inferior esquerdo e os elementos periféricos da representação ou 2ª periferia (menos frequentes e menos importantes), localizados no quadrante inferior direito (GOMES; OLIVEIRA, 2005), conforme figura 2.

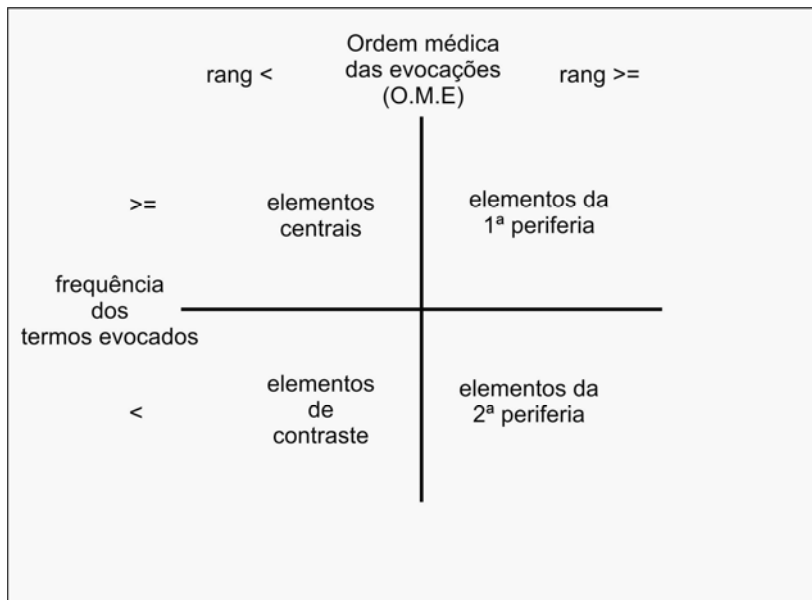


Figura 2 : Esquema do quadro de quatro casas para análise das evocações.

A interpretação dos dados da análise das evocações livres se deu com base nos pressupostos teóricos dos autores cuja produção vincula-se a abordagem estrutural das representações sociais.

Considerando, a técnica de evocações livres associada às entrevistas como estratégias que possibilitam o acesso ao universo semântico relacionado ao objeto de estudo, procedeu-se ainda, a análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que discorreram sobre como definem, descrevem e vivenciam esse cuidado a partir de suas próprias percepções.

Codificação dos dados

A codificação é o processo de análise propriamente dito da Grounded Theory. É o processo no qual os dados das entrevistas são divididos, conceitualizados e interrelacionados para construir a teoria. É o processo que imprime rigor científico à pesquisa, auxiliando o pesquisador a detectar os vieses durante a integração dos elementos e o desenvolvimento da teoria. (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

O processo de codificação ou análise dos dados compreende uma somatória de elementos que precisam estar interconectados para atingir

o propósito da pesquisa qualitativa como mostram os pressupostos de Strauss e Corbin (2008).

A análise começa com a primeira entrevista, que conduz à próxima entrevista, seguida por mais análise, mais entrevistas ou trabalho de campo, e assim por diante. É a análise que conduz a coleta de dados. Por conseguinte, há uma interação constante entre o pesquisador e o ato de pesquisa. (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 53).

A codificação dos dados, na Grounded Theory, apesar de não ser um processo rígido e linear requer, por parte do pesquisador, sensibilidade, criatividade, flexibilidade e determinação para apreender em profundidade o significado e estabelecer a relação entre os conceitos. Não significa, no entanto, que os dados possam ser manipulados de qualquer forma. Constitui-se na capacidade do pesquisador enxergar além do óbvio e desenvolver questionamentos, relações e comparações com o propósito de gerar hipóteses e refinar as categorias teoricamente.

Strauss e Corbin (2002; 2008) classificam o processo de codificação em três fases distintas, mas complementares, quais sejam: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva.

Corbin e Hildenbrand (2003) sintetizam o processo de codificação, isto é, as três fases da codificação, no seguinte argumento: na codificação aberta os dados são processados acontecimento por acontecimento até formar os conceitos. Na codificação axial, os conceitos e dimensões se desenvolvem até formar conceitos mais refinados. E, na codificação seletiva, os conceitos são integrados e relacionados com o propósito de esclarecer e delimitar o fenômeno central.

Assim, na codificação aberta, procedeu-se o exame dos dados linha a linha, recortando as unidades de análise. As falas foram minuciosamente detalhadas, após a digitação das gravações feitas com os participantes do estudo de forma a elaborar os códigos (unidades de análise). Estes foram agrupados em ramificações por similaridade e diferenças. Vários questionamentos foram formulados durante este processo, dentre outros: que categoria indica este código? O que mesmo este dado quer dizer para o objeto de estudo em questão? De que forma este dado se relaciona aos demais conceitos?

A codificação linha por linha e a comparação dos foi realizada até o alcance do refinamento das categorias. Desse modo, esta primeira

etapa do processo culminou com uma quantidade imensurável de códigos que, na seqüência, foram agregados. Para ilustrar esta fase, a Tabela 4, a seguir, serve de exemplo.

Tabela 4: Exemplo de codificação aberta

Recorte de uma entrevista	Código conceitual
O que eu aprendi foi na prática mesmo. Porque a gente sabe que aqui a gente está aprendendo[...] (F.enf.06)	Aprendendo com a prática profissional.

Na codificação axial, com as categorias preliminares já delimitadas, os dados foram novamente agrupados, comparados e estabelecidas as conexões entre as subcategorias e categorias, até alcançar categorias ainda mais abrangentes e refinadas. Procurou-se descobrir o ponto de vista dos participantes do estudo e como eles lidam com a temática, desvelando os significados que eles atribuem ao fenômeno estudado.

Para Strauss e Corbin (1990), o primeiro modelo de codificação geral que o investigador precisa ter em mente é denominado de modelo paradigmático. Ele estabelece uma relação entre as categorias envolvendo, respectivamente, causa, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e conseqüências. É a conexão entre as categorias que permite a construção da teoria.

O fenômeno consiste na idéia central ou acontecimento sobre o qual o conjunto de ações/interações são dirigidas. O contexto é o específico conjunto de propriedades que dizem respeito a um fenômeno, representa o conjunto particular de condições, dentro das quais as estratégias de ação/interação são tomadas. As estratégias de ação/interação serão planejadas para realizar ou responder a um fenômeno, é o conjunto específico de condições percebidas. As condições intervenientes facilitam ou constroem as estratégias, dentro de um contexto específico. As conseqüências são os resultados atuais ou potenciais da ação/interação. Podem acontecer no presente ou no futuro. Essas conseqüências poderão tornar-se parte de condições, afetando o próximo conjunto das ações/interações. As condições causais são eventos, acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 1990).

Na codificação axial buscou-se, em síntese, focar o fenômeno do estudo e como este vem sendo percebido e vivenciado do ponto de vista

dos entrevistados. Buscou-se por meio do processo indutivo e das conexões teóricas entre os conceitos, identificar as variáveis centrais, capazes de explicar o fenômeno sob estudo, isto é, o cuidado a pessoa no limiar da vida a partir de uma visão sistêmico-complexa.

Nessa perspectiva, a categoria central reúne todas as categorias e subcategorias ao seu redor, significando gradativa e seletivamente o fenômeno e/ou fenômenos que emergiram durante o processo de codificação. No presente estudo, todas as fases foram criteriosamente observadas. Na terceira fase - codificação seletiva, a partir de um profundo exercício de análise e reflexão sobre a infinitude de dados, o tema central foi alcançado. Para essa fase, vários diagramas foram elaborados e reelaborados a fim de visualizar a totalidade dos dados.

O processo de análise culminou com o desvelar do fenômeno central, qual seja: “*Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis moveis*”.

Validando o modelo desenvolvido: A validação é um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico (STRAUSS & CORBIN, 2002, 2008). Após o desenvolvimento do modelo, procedeu-se a validação das categorias e suas relações entre elas e delas com o tema central do estudo. Para este momento, o modelo construído foi submetido de forma individual para dois profissionais, lhes apresentando as categorias formuladas, até chegar ao tema central. A partir destas validações algumas alterações foram ser realizadas no modelo de forma a dar-lhe maior clareza.

4.3.6 Evidenciando os aspectos éticos

Foram respeitados os princípios éticos determinados na Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, complementares que dispõem sobre as *Diretrizes e Normas que Regulamentam a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. (BRASIL, 2008). A aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE foi apresentada após a discussão com os participantes da pesquisa sobre a problemática, os objetivos e os procedimentos metodológicos que seriam desenvolvidos, bem como a confiabilidade do estudo e a liberdade para desistir em participar do mesmo a qualquer momento.

O projeto de tese foi encaminhando para submissão e parecer dos comitês de ética da da Instituição de Saúde em questão e da Universidade Federal de Santa Catarina sendo aprovado sob o n.

112/2008 (Apendice E) do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

O TCLE foi redigido com linguagem clara. Foi garantida a desistência do estudo a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar, da maneira que achar mais conveniente a desistência. Aos participantes, assegurou-se que poderiam solicitar informações durante e em todas as fases do estudo, inclusive após a defesa da tese e a sua publicação.

No primeiro encontro, os participantes da pesquisa foram informados e esclarecidos sobre a pesquisa, o conteúdo do termo de consentimento livre e esclarecido, ressaltando os pontos relativos ao anonimato, sigilo das informações e utilização do código de identificação, para em seguida, pedir a sua aprovação e assinatura do mesmo. Seguindo os princípios éticos da beneficência e justiça, todos os procedimentos da pesquisa não resultam em qualquer risco à vida, à integridade e à saúde dos participantes. Todos os participantes foram tratados de forma igualitária, sem qualquer tipo de discriminação. As informações obtidas nas entrevistas permanecem confidenciais, sendo usadas somente para este estudo. Será mantido o sigilo profissional; evitando-se emitir julgamentos sobre o conhecimento/crença ou conduta dos envolvidos no estudo.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresento os resultados desta investigação em forma de manuscritos, possibilitando ao leitor vislumbrar o percurso e os resultados da análise dos dados na compreensão do cuidar no limiar da vida para profissionais de saúde que atuam em Uti móvel. Os manuscritos serão apresentados de acordo com as normas dos periódicos para os quais serão submetidos, com adaptações na apresentação gráfica, conforme disposto no *Guia para Apresentação de Trabalhos Terminais da Universidade Federal de Santa Catarina*.

Artigo 1 – ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES: DELINEAMENTO DE UMA CATEGORIA ANALÍTICA PARA A ENFERMAGEM

Periódico: Revista Texto & contexto (será encaminhado)

Neste momento gostaria de salientar a experiência que obtive através do **Doutorado Sandwich** realizado no Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale – INSERM, Paris/França, onde, através da co-orientação do Dr. Alain Giami pude compreender melhor o estudo das Representações.

No período de meu Doutorado Sandwich, realizei diversas leituras acerca das representações e representações sociais, tendo em vista que nos estudos de saúde e enfermagem, o método de análise através das Representações tem tido uso crescente, o que justificou seu exame sistemático.

Esse estudo teve como propósito: realizar uma revisão teórica sobre o conceito de Representações, estabelecendo sua distinção ou aproximação de outras noções, buscando emprestar uma especificidade maior ao conceito, que constitui referência nos trabalhos analíticos sobre a disciplina enfermagem.

As diversas leituras acerca das Representações resultaram no ensaio teórico intitulado: *Estudo das representações: delineamento de uma categoria analítica para a enfermagem*.

Destaco que a realização do estágio Sandwich no INSERM me oportunizou não somente um aprofundamento teórico das representações e ao cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos, como também um crescimento pessoal e cultural. Em anexo (APENDICE F) encontra-se o relatório do meu doutorado Sandwich encaminhado ao órgão financiador (CNPq) e ao Programa de Pós-Graduação de

Enfermagem PEN – UFSC.

Artigo 2 – A ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DO CUIDADO INTENSIVO PARA PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS.

Periódico: Revista da Escola de Enfermagem USP (Reeusp) - A ser encaminhado

Esta produção científica apresenta os dados referentes a análise das evocações livres ao termo indutor cuidado a pessoa em risco de vida, analisados pelo software EVOC 2003.

Artigo 3 - REPRESENTAÇÕES DO CUIDAR NO LIMAR DA VIDA: as interações vivenciadas pelos profissionais de Utis móveis

Periódico: Revista Aquichan (será encaminhado)

Nesse manuscrito apresento os resultados referentes ao primeiro momento de coleta/análise de dados construído com depoimentos de 18 sujeitos do estudo, com o suporte metodológico das Representações e a estratégia de análise de dados da Grounded Theory.

Artigo 4 - VISLUMBRANDO O CUIDAR NO LIMAR DA VIDA PARA OS PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS

Revista: Revista Latino Americana de Enfermagem (será encaminhado)

Nessa produção científica trago a análise dos dados realizados por intermédio da Grounded Theory das 28 entrevistas que culminaram com o desvelar do fenômeno central: “vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis”.

Artigo 5 - ENSAIO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES E GROUDED THEORY NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM COMO PROPOSTAS METODOLÓGICAS

Periódico: Revista Latino Americana de Enfermagem (será encaminhado)

Este artigo é fruto das reflexões realizadas no transcorrer da análise dos resultados onde se procurou articular os referenciais metodológicos adotados como fundamentação para a pesquisa nos cuidados em enfermagem.

5.1 ARTIGO 1 – ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES: DELINEAMENTO DE UMA CATEGORIA ANALÍTICA PARA A ENFERMAGEM

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES: DELINEAMENTO DE UMA CATEGORIA ANALÍTICA PARA A ENFERMAGEM¹

Keyla Cristiane do Nascimento²

Alain Giami³

Alacoque Lorenzini Erdmann⁴

Endereço para correspondência:

Keyla Cristiane do Nascimento

Av. Lélio João Martins, 1290. Ed. Débora. Bl. C. Apto 101. Kobrasol, São José. SC.

CEP: 88101-101

Resumo: Trata-se de um estudo teórico acerca das representações que objetivou a revisão teórica do conceito de Representações, estabelecendo sua distinção ou aproximação de outras noções, buscando

¹ Este artigo é fruto da Tese de Doutorado em Enfermagem, defendida em 2010, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada: O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de saúde.

² Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Santa Catarina. Florianópolis (SC) Brasil. Email: Keyla_nascimento@hotmail.com. Bolsista CAPES.

³ Psicólogo. Diretor de pesquisa do Institut National de la Santé et de La Recherche Médicale - INSERM - U 822 – Paris/França. Endereço eletrônico: alain.giami@inserm.fr.

⁴ Enfermeira. Doutora em filosofia da Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC) Brasil. Pesquisadora CNPq. Email : alacoque@newsite.com.br

emprestar uma especificidade maior ao conceito, que constitui referência nos trabalhos analíticos sobre a disciplina enfermagem. Ao longo do texto apresenta-se reflexões sobre o termo Representações e Representações Sociais e sua aplicabilidade na disciplina enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Psicologia Social, Pesquisa Qualitativa.

INTRODUÇÃO

Sob forma de conhecimento, as **Representações** constituem uma vertente teórica da Psicologia que faz contraponto com as demais correntes da Filosofia, da História e da Sociologia que se debruçam sobre a questão do conhecimento. Nos últimos anos, o conceito de Representação tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas, com efeito, este conceito atravessa as ciências humanas e não é patrimônio de uma área em particular. Nos estudos de saúde e enfermagem, o conceito de Representações tem tido uso crescente, justificando assim, seu exame sistemático em busca de uma especificidade maior e progressiva para essa disciplina.

As Representações no campo da saúde, tem como objeto de estudo as formas como as pessoas interpretam, compreendem, atribuem significados e lidam com o processo saúde-doença – em outras palavras, ela estuda as concepções populares e profissionais sobre a saúde e a doença, a partir de seu contexto sócio-cultural. A Representação se preocupa também com o estudo das condições de vida e trabalho das pessoas em sua relação com a saúde e a doença; a forma como as pessoas em diferentes contextos culturais concebem o corpo, a sexualidade e as relações de gênero em sua interface com a saúde.

Uma vez explicado o objeto de estudo das Representações no campo da saúde, estudantes e profissionais da saúde e enfermagem poderiam colocar as seguintes questões: *que contribuições podem trazer a abordagem das Representações para a compreensão do processo saúde-doença? Em que medida o conhecimento produzido pelas Representações pode contribuir para subsidiar as práticas que visam resolver os agravos de saúde?*

Acreditamos que as Representações têm um papel importante a desempenhar em sua interface com a saúde e a enfermagem. Assim, o propósito deste texto é: realizar uma revisão teórica sobre o conceito de Representações, estabelecendo sua distinção ou aproximação de outras noções, buscando emprestar uma especificidade maior ao conceito, que constitui referência nos trabalhos analíticos sobre a disciplina enfermagem.

Ao longo do texto serão apresentadas reflexões teóricas sobre o termo Representações e Representações Sociais e sua aplicabilidade na disciplina enfermagem.

DIMENSÕES DO CONCEITO

O termo representação vem do vocábulo latino *repraesentationis*, significando “imagem ou reprodução de alguma coisa”. Para situar as Representações entre as correntes mais tradicionais das teorias do conhecimento, vale recorrer, como ponto de partida, ao vernáculo. Excetuando-se o sentido jurídico do termo “representação”, o Dicionário Aurélio¹ oferece duas definições, que revelam o embate epistemológico implícito nesta noção. Num primeiro sentido, representação é o “*conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento*”; é, em síntese, a “*reprodução daquilo que se pensa*”.¹ Nesta definição, a ênfase situa-se na natureza do conhecimento, na possibilidade real do conhecimento e da apreensão da realidade.

Trata-se de um termo medieval, introduzido na filosofia escolástica para indicar uma imagem, idéia ou ambas as coisas, sugerindo uma “semelhança” com o objeto ou algo a ser representado, embora, mais tarde, tenha passado a indicar também a significação das palavras². Sobre esta segunda acepção, o dicionário *Philosophy of mind*³ estabelece que representação é o que significa, refere ou denota algo, acrescentando que para produzir a representação pode se empregar qualquer objeto físico ou estado, bem como objetos abstratos, como números.

Representar é estabelecer uma relação entre essas representações e as coisas representadas. Assim, as palavras, embora convencionais e arbitrarias, “representariam” os conceitos. Essa visão é defendida, também por Peirce. Hall chama esse tipo de representação de indexical.⁴ No entanto, este uso do conceito parece adotar um sentido lato da sua significação original, a qual sugere que alguma forma de analogia está envolvida no processo de representação. Nas análises das produções de enfermagem, aparentemente, o objeto mais frequente são as representações que aparecem sob a forma de discursos o que destaca a importância das formas analógicas, narrativas ou descritivas, para a representação.

Na sua origem e etimologia, o conceito de Representação evoca algum tipo de semelhança/reprodução/modelo de eventos, processos e relações por seus representantes, com a finalidade de retratá-los, de modo que as representações teriam basicamente um caráter analógico. A

raiz semântica do termo “Representação” já sugere a idéia de uma re-representação, sugerindo uma semelhança ou uma correspondência estrutural (diagrama), ou processual (narrativa), que busca a re-presentificação de relações, eventos e processos vividos/percebidos, pela sua evocação ou simulação. Assim, a similitude entre o discurso da fala com o vivido confere um caráter testemunhal, uma verossimilhança e um realismo às representações dos discursos⁵, especialmente a partir do resgate da memória, instaurando um ar de naturalidade e espontaneidade dessas formas.

Embora o signo lingüístico seja considerado como estritamente conceitual, arbitrário ou convencional, monossêmico, a língua também constrói representações analógicas. Primeiramente, ao invés de funcionarem sempre de modo puramente conceitual, as palavras podem ser contaminadas pelas experiências pessoais dos falantes, evocando discursos particulares, eventualmente com conotação emocional subjetiva. Além disso, o discurso lingüístico, apesar de formado de unidades discretas e conceituais, forma um sistema próprio, capaz de transcender as propriedades dos signos singulares que o constituem⁶. Em outras palavras, o discurso é uma ordem superior, que estabelece novas configurações, podendo, evocar ou descrever imagens/fatos/eventos contínuas, alegóricas, metafóricas ou analógicas, como é o caso típico da linguagem literária.

Ao resgarmos a história, vemos que o conceito de Representação passou a ter seu uso freqüente na filosofia, especialmente para se referir ao conhecimento que podemos ter da realidade. Assim, no século XVIII, Kant considerou a representação como o gênero de que todos os atos ou manifestações cognitivas seriam espécies, atribuindo significação máxima ao termo, com a qual foi usado a partir de então na linguagem filosófica. Nessa perspectiva, o mundo cognoscível para nós é constituído por representações, as quais são condicionadas pelas limitações de nossos sentidos e das nossas capacidades cognitivas, processo denominado como representação mental⁷.

No século XIX, Marx analisou o papel da sociedade na formação das idéias, adotou o termo ideologia, criado por De Tracy, para referir-se à influência das estruturas sociais na formulação das representações vigentes em uma dada época histórica⁸. Ideologias, enquanto representações, são formulações conceituais de caráter político que configuram a realidade social a partir do prisma exclusivo de uma classe, um grupo ou categoria, destacando-se nesse processo a classe dominante ou hegemônica. A ideologia dominante, na abordagem marxista, tem um caráter justificador, explicativo, procurando

argumentos que lhe dêem verossimilhança e seu objetivo é manter o *status quo*⁶. Como se origina em um segmento restrito da sociedade, tende a expressar um consenso limitado e particular sobre determinadas questões, rechaçando argumentos de outros setores sociais. Torna-se, assim, uma forma de representação auto-alimentada, que tende a se isolar e a caracterizar um antagonismo agudo com formulações concorrentes.

No século XX, Gramsci acrescentaria o termo hegemonia (usado, originalmente, por Lênin) para analisar uma situação em que uma classe social que lidera um bloco histórico consegue fazer com que as demais classes assimilem suas representações. O papel da ideologia seria muito valorizado em sua análise, mas não com o caráter de dominação de classe, como em Marx, e, sim, de consenso, uma vez que implica aceitação e compromisso das classes. Os autores marxistas, via de regra, analisavam um mundo em que a comunicação era predominantemente lingüística e literária, marcada pelos discursos dos livros e dos jornais⁶.

É notório que as representações estão no centro de qualquer ação especificamente humana, uma vez que o próprio pensamento é uma atividade representacional. Mesmo as ciências baseadas na observação do mundo empírico se constituem de conceitos, modelos, diagramas, esquemas, teorias, sistemas, hipóteses, leis, explicações, interpretações, ou seja, de representações simbólicas do mundo, construídas. Muitas dessas representações, além do seu conteúdo conceitual, apresentam implicitamente ou suscitam uma analogia - que nos parece peculiar ao conceito - com o mundo empírico.

O que distingue as *Representações das ciências* da maioria das demais é o fato de serem estritamente controladas pela comunidade científica, mediante critérios metodológicos universais de observação, descrição e medida, originando consensos atualizados, o que quer dizer que as representações científicas são sistematicamente submetidas à crítica epistemológica⁵. Isso, historicamente, tem levado as ciências a uma perpétua retificação e aprimoramento, tornando suas Representações cada vez mais acuradas.

Na enfermagem, a pesquisa das representações geralmente focaliza alguma idéia específica envolvida num discurso ou vivência, sendo os focos mais recorrentes de investigação as representações da mulher, da sexualidade e do trabalho, embora, em princípio, qualquer assunto possa ser objeto de estudo. As representações aparecem no contexto discursivo como formas casuais, ou mesmo como “cenário” dado como “normal” ou “padrão”, que acaba naturalizando a

representação. Os discursos, assim, produzem determinadas composições aparentemente colhidas no mundo empírico, sem intervenção ativa de ninguém, as quais são, elevadas à categoria de “representantes” de pessoas, situações, fatos. Por esse meio, as intervenções invisíveis do autor de um discurso são potencialmente capazes de influenciar de maneira sutil as percepções sobre pessoas, gêneros, grupos sociais e categorias.

Representação, no seu sentido pleno, implica conotação, ou seja, as relações ampliadas, sugestões significativas, emocionais, valores, avaliações, ou atributos associados aos objetos denotados. Representação é constelação de signos e não signo isolado⁴. O signo remete ao significado unívoco, fechado, enquanto a representação implica sentido geral, sugerido, não necessariamente declarado categoricamente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de Representação Social nasceu na sociologia, com Durkheim. A produção teórica de Émile Durkheim objetivava consolidar a sociologia enquanto ciência - conferir-lhe estatuto científico. Com tal intuito⁹, delineou o objeto e o método desta disciplina, num momento em que predominava o método das ciências da natureza, transportando para a sociologia a necessidade de objetividade, verificação e experimentação. Sua contribuição possibilitou o desenvolvimento de conceitos às ciências sociais que, juntamente com a análise precisa, orientou a prática sociológica.

A indubitável importância da obra de Durkheim é reconhecida na sociologia e nos estudos sobre representação. A noção trabalhada pelo autor de “As regras do método sociológico” possibilitou a percepção de ações coletivas, independentemente do caráter econômico, político, social ou cultural. Em sua ótica, o autor do referido termo objetivou através das representações, compreender o grupo em suas relações com os objetos que o cercam¹⁰. Outra possibilidade propiciada pelas representações é entender os comportamentos coletivos no espaço e no tempo em que são produzidos, ou seja, dispor a contextualização histórica, sempre importante à análise sociológica.

Numa retrospectiva histórica, a Teoria das Representações Sociais propriamente dita, surgiu na França, com a publicação, em 1961, do estudo *La Psychanalyse son Image et son Public*, de Serge Moscovici, que buscou conhecer as Representações Sociais da psicanálise mantida pela população parisiense no final da década de 50.

Moscovici foi pioneiro ao dar um olhar diferenciado nas representações "coletivas" de Durkheim, resgatando-as como ponto de partida para confirmar a especificidade da Psicologia Social¹¹. A partir de então, substituiu o termo "coletivas" por "sociais" em virtude das diferenças epistemológicas contidas nessas palavras. Assim, as representações coletivas abrem espaço para as representações sociais, oriundas "das práticas sociais do grupo e não apenas do 'se pensar'"^{10:178}. Nessa perspectiva, a representação social se concretiza através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano.

A representação é composta de figuras e expressões socializadas, e a organização dessas imagens e linguagem que as expressam se tornam comuns, podendo ser apreendidas através de um dado ou objeto exterior, ou modelando o que é dado no exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam, de preferência com os objetos, os atos e as situações constituídas por um conjunto de interações sociais¹². Ocorre uma reprodução, mas que remodela os elementos, remaneja as estruturas, reconstruindo o dado ou o objeto no contexto dos valores, das noções e das regras do indivíduo.

O autor alerta para a dificuldade de se apreender o conceito de representação, e o define como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais. Afirma que as Representações Sociais na sociedade atual são equivalentes aos mitos e crenças nas sociedades tradicionais. Remetem-se, portanto, à maneira que os homens pensam, agem e procuram compreender o sentido de suas ações e pensamentos. Seu estudo se focaliza na maneira pela qual os seres humanos tentam captar e compreender as coisas que os circundam e resolver os 'lugares comuns' e quebra-cabeças que envolvem seu nascimento, seus corpos, suas humilhações e o poder a que se submetem.¹³

Assim, as representações sociais objetivam transformar o desconhecido em conhecido, o não familiar em familiar, através de processos mentais cognitivos, que permite ao sujeito e aos grupos sociais incorporarem o novo e transformarem o já conhecido. Tornar o estranho/perturbador em algo próximo, íntimo. Esse processo transformador é determinado pela linguagem, imagem e idéias compartilhadas por um dado grupo.

O mecanismo de elaboração de uma Representação Social foi descrito por Moscovici de acordo com dois processos fundamentais: a *ancoragem* e a *objetivação*. O primeiro transfere o estranho para um referencial que possibilita sua interpretação e comparação, através de uma relação entre "categorias e rótulos". Ancorar é classificar, nomear,

rotular e, é claro, representar.¹¹

O segundo processo, o da objetivação, confecciona um cenário familiar ao que outrora era desconhecido. Ocorre em duas fases. A primeira relaciona o conceito com a imagem. As palavras são incorporadas no “núcleo figurativo - uma estrutura de imagem que reproduz uma estrutura conceptual de uma maneira visível”,^{13:27}, o que evidentemente facilita a comunicação do que está sendo representado. Assim, deixa de ser uma entidade abstrata e assume uma existência com caráter autônomo. A segunda fase ocorre, , quando os elementos do pensamento são transpostos para a realidade, não havendo mais separação entre a representação e o objeto representado. Nesse sentido, ancoragem e objetivação são fundamentais para a construção das representações sociais.

A contribuição de Moscovici atuou de forma esclarecedora para os estudos de Representações sociais. Por sua abordagem, é possível analisar o pensamento e a prática social de um grupo em enfoque. Na mesma linha de raciocínio, outros pesquisadores se destacam e fornecem elementos para a compreensão das representações sociais.¹⁴⁻¹⁵

As representações sociais não apenas têm origem no cotidiano como têm caráter de suporte para a ação na medida em que nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar estes aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles¹⁴. Trata-se de uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Para exemplificar suas argumentações teóricas, no estudo sobre as representações sociais da Aids identifica duas concepções: uma moral e social, outra biológica.¹⁴ Na primeira, a Aids, tal como a sífilis, revelaria uma sociedade permissiva, condenada por condutas degeneradas, punida por opções sexuais que agridem uma “normalidade” imposta. Na defesa da ordem moral conservadora e na valorização dos valores familiares tradicionais, a Aids passa a ser vista como um “castigo de Deus”. A concepção biológica, por sua vez, revela que o “monstro” não ataca só os “politicamente incorretos” (homossexuais e drogados). Crenças antigas, carregadas de valor simbólico, reavivadas por falta de informação: o perigo do contato corporal é, desde a antiguidade, um tema recorrente do discurso racista que utiliza a referência biológica para justificar a exclusão da alteridade.

Com base em seu estudo¹⁴, afirma que, em se tratando de representações sociais, suas definições, partilhadas pelos membros de

um mesmo grupo, constroem uma visão consensual da realidade para o grupo. Visão que pode entrar em conflito com aquela de outros grupos e que serve de guia para a ação.¹⁴ Nesse sentido, as representações sociais são fenômenos complexos, sempre ativos dentro da vida social, sendo que, a investigação científica tem por tarefa descrever, analisar, explicar suas dimensões, formas, processos e funcionamento.

Encontramos outra definição das representações sociais^{15:38} como sendo “[...] o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica”. Elas são determinadas, ao mesmo tempo, pelo próprio sujeito (sua história, vivência), pelo sistema social e ideológico no qual se encontra inserido e pela natureza dos vínculos que mantém com tal sistema.¹⁵

A representação social consiste, portanto, em um ato de pensamento no qual um sujeito reporta-se a um objeto, que pode ser uma pessoa, uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma idéia, uma teoria, entre outros.¹⁴ Ao discutir este aspecto da teoria das representações sociais, qual seja, a sua constituição na relação entre sujeito e objeto, afirma que o ponto de início da teoria é o abandono da distinção clássica entre o sujeito e o objeto.¹⁶

O estudo das Representações Sociais, vinculado ao cotidiano, à vida social e aberto à busca do que de fato emerge numa sociedade ou grupo social, e, desvinculado de apriorística mítica, religiosa, ideológica, ou de qualquer outra ordem, visa identificar elementos que estão organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade. É esta totalidade significante que, em relação com a ação, encontra-se no centro da investigação científica, a qual atribui como tarefa descrevê-la, analisá-la, explicá-la em suas dimensões, formas, processos e funcionamento.¹⁴

REFLEXÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES

Para dissertar sobre as Representações, faz-se mister, primeiramente, tecer algumas considerações sobre a temática no que tange os debates teórico-metodológicos na Europa e nos Estados Unidos.

Após situarmos historicamente a questão das representações nos diferentes estratos conceituais, sociais, históricos e temáticos até então desenvolvidos, é importante notar que os Europeus tenham construído o conceito de “Representação Social” no contexto da psicologia social, enquanto os americanos usam o conceito de “Representação” no

contexto da “humanidade”.¹² O debate centra-se na utilização da expressão social, além dos respectivos conceitos de “social” e de “individual”. Falar de representações sociais implica ter em conta uma classe de fenômenos que contribuem exclusivamente para o processo de formação das condutas e orientações das comunicações sociais.¹² Ou seja, considera-se muito próximo de suas funções. No entanto, os trabalhos sugerem que, de um lado, todas as representações tem a sua origem por meio de material sociocultural em situações sociais, por outro lado, suas funções não são unicamente sociais (referindo-se a esfera do coletivo) mas giram em torno de processos complexos entre intra-psíquico, intra-individual, relações de grupo e do local de domínio social.^{5,17}

O questionamento do conceito de representação social como um conceito paradigmático envolve uma distinção entre "social" e "coletivos",¹³ como visto anteriormente. Em contrapartida, esta discussão implica um retorno sobre as distinções entre o "psicológico" e o "individual". A análise utilizada baseia-se em uma abordagem do indivíduo em situação social.¹⁸ A teorização visa elucidar as modalidades e detenções dos processos de interiorização subjetiva dos elementos culturais, e as diferentes funções que desempenham na elaboração de soluções.

Dispor sobre a questão da representação implica, por conseguinte, dispor a questão do objeto e da realidade representada. A discussão clássica considera a Representação como o reflexo de uma realidade independente, autônoma e pré-estruturada. A psicanálise sugere pensar a fantasia como independente face à experiência e estabelece a “realidade psíquica” como submisso às suas próprias unidades lógicas e intrapsíquicas.¹⁹

O social-construtivista nos remete a pensar o mundo como o produto de uma construção e de uma interação linguística. Mantém-se a clarificar o estatuto de "real" citado (por Lacan) para além da representação e da subjetividade, pela impossibilidade do sujeito colocá-las em palavras.¹⁹ Assim, como o mundo não é apenas um objeto de representação, a representação pode ser pensada como um processo que leva o sujeito a negociar compromissos entre o real impensado que vai além de sua experiência, a realidade pensada e imaginável que o sujeito se recusa a representar e aquelas que correspondem aos seus desejos ou seus medos.

Por essas razões certos pesquisadores¹⁷⁻¹⁸ preferem renunciar a utilização da noção de representação social e dar preferência ao termo Representação. O uso desse termo subentende que: toda representação é

social, na medida em que, necessariamente, tira seus conteúdos temáticos dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passada.^{17-18,20}

Além disso, a representação é estruturada pelos processos psíquicos, que são constitutivos e participam do fenômeno social em sua totalidade. Não há ruptura entre as expressões e os significados individuais e coletivos das representações, mas antes, homologia, o que, no plano metodológico, traduz-se por uma abordagem que considera que o social é obrigatório e observável a partir do discurso individual, e não, necessariamente, a partir da soma da síntese dos casos individuais. Tal como expressado,²¹ podemos redescobrir o elemento social no próprio cerne das categorias psicológicas, mas sem apelar prematuramente para as causas econômicas ou sociológicas de superfície, lá onde encontramos o inconsciente, que está ligado a sociedade de uma maneira bem mais indireta e complexa.

Numa primeira aproximação, pode-se retomar a definição da representação proposta,²² onde as representações tratam do ponto de vista do indivíduo em relação a um objeto, ou antes, trata-se do objeto conforme vivido, sentido pelo indivíduo, em sua complexidade, suas contradições e suas singularidades. Delimitar as representações é desenhar o objeto que ocupa um lugar (corpo) na experiência histórica e única do indivíduo, a ponto de desviar (a experiência) e orientá-la.

As representações têm origem em múltiplos campos e estes oferecem aos atores os conteúdos temáticos que constituem o material de suas representações, tais como: história pessoal, experiência profissional, mitos concernentes a saúde, a vida e a morte, entre outros.⁵

Essas representações constituem filtros face às informações científicas e técnicas que os profissionais recebem ou buscam e podem influenciar os comportamentos e condutas dentro do trabalho e fora dele, e na vida profissional, privada e nas relações com os que o cercam.

O estudo das representações na saúde e, em especial, na disciplina enfermagem, pode trazer elementos para a compreensão de como diferentes pessoas e grupos de profissionais estruturam seu caminho profissional, sobre como utilizaram as representações para definir identidades e estabelecer relações de proximidades ou de distanciamento com o cuidar no profissional, e, com isso, guiar e justificar comportamentos e práticas.

Em cada ser humano, as representações podem estar organizadas, ou não, da sua história pessoal, de sua experiência profissional, da instituição no qual trabalhe e na proximidade com as pessoas.⁵

O conhecimento socialmente produzido, partilhado e transmitido ganha um novo contexto nos trabalhos analíticos produzidos pelas representações. As pesquisas em termos de Representações, caminham rumo à compreensão de concepções, valores, visões que os grupos formulam a seu respeito e a respeito do mundo, da realidade vivida.

As representações são então, uma maneira de interpretar e comunicar, bem como de produzir e elaborar conhecimentos. É nisso que consiste seu caráter *sui generis*, pois são conjuntos dinâmicos. Seu status é o de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aquelas e estas e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações.²⁰

Neste momento, é útil contrastar representação e comunicação, enquanto processos. O conceito de representação, como notamos, indica a construção de uma forma simbólica ou de um discurso sobre um evento do mundo empírico, implicando uma relação intrínseca entre conhecimento e sistemas de signos usados para representá-lo. Já a comunicação está ligada à idéia de tornar comum, partilhar as representações e está muito associada aos processos de transmissão, envolvendo os meios. A comunicação corresponderia, assim, aos processos de socialização e intercâmbio das representações. Se nosso conhecimento do mundo implica a construção de uma representação sobre ele, comunicar é compartilhar essa representação através dos meios tecnológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas sociedades modernas a Representação não é a, mas uma das formas de apreender a realidade. Nestas sociedades, a representação coexiste com o pensamento filosófico e técnico-científico, podendo ser influenciada ou, contrariamente, opor-se a essas concepções.

Historicamente as Representações no campo da saúde e da enfermagem investigativa tiveram certa preferência por determinados referenciais. No entanto, um olhar ampliado a partir de eventos e produções científicas, tem delineado outro panorama no tocante à apreensão de teorias analíticas, iniciativas de leituras interdisciplinares dos objetos de pesquisa e um compromisso em renovar as discussões e estudos em consonância com as mudanças paradigmáticas contemporâneas.

No que concerne à difusão das Representações no meio acadêmico da enfermagem, observamos que o movimento neste sentido é recente, e, portanto a intenção maior deste trabalho é permitir reflexões teóricas sobre o tema, tanto do referencial como de sua

utilidade concreta.

Através deste estudo, percebe-se que a formação das Representações sofre, historicamente, influências sociais, sendo modeladas por meio de consensos mais ou menos amplos, bem como pelos conflitos, gerando formulações concorrentes, recebendo elaborações discursivas particulares, que sancionam percepções valorativas provisórias e relativistas sobre coisas, pessoas, idéias, estados e processos.

Na Psicologia Social, surge um novo conceito - o das Representações Sociais, que alude às formas de familiarização com setores do mundo estranhos a nós, constituindo-se de uma série de proposições que possibilita que acontecimentos ou pessoas sejam classificadas, que seus caracteres sejam descritos, seus sentimentos e ações sejam explicados e assim por diante.¹¹ A comunicação constitui o meio simbólico pelo qual se dá essa dinâmica, sendo responsável pela socialização, fixação e compartilhamento das representações.

O estudo das Representações tem sido aplicado em pesquisas realizadas na área da saúde, em especial no âmbito da enfermagem e da saúde coletiva, já que ele se apresenta como uma nova forma de abordagem na produção do conhecimento. Em razão disso, alguns aspectos que favorecem a sua aplicação em pesquisas são mencionados, como: o interesse cada vez maior pelo desenvolvimento de pesquisas qualitativas, a possibilidade de realizar pesquisas mais criativas através de produções simbólicas, a ampliação do conceito saúde-doença, a possibilidade de revelar situações da prática diária e o estudo da sensibilidade e da emoção.²³

Além disso, as Representações vêm sendo desenvolvidas e exploradas cada vez mais, pois permitirem orientar as práticas de uma população relacionada aos seus problemas de saúde, através do conhecimento que ela utiliza para interpretar tais problemas bem como justificar suas práticas. Especificamente no campo da enfermagem, autores²⁴ apontam que a apropriação das representações nos trabalhos analíticos estão voltadas para os processos de intervenções relativas às questões de saúde e para o processo de cuidar em enfermagem. Acrescentam ainda, que a constituição das representações acontece mediante o compartilhamento de conhecimentos gerados no âmbito de uma população, tornando possível relativizar a dicotomia clássica entre “profissionais que sabem” e “pacientes que não sabem”. Isso favorece uma adequada potencialização do conhecimento e das responsabilidades grupais no que se refere às ações de promoção de saúde e cuidar na enfermagem.²⁴

Em suma, o estudo das Representações na saúde e enfermagem pode, portanto, trazer elementos para a compreensão de como diferentes grupos de profissionais estruturam seu caminho profissional, sobre como utilizaram as representações para definir identidades e estabelecer relações de proximidades ou de distanciamento com o cuidar na saúde-doença, e, com isso, guiar e justificar comportamentos e práticas.

Assim, entendemos que as representações, quando utilizadas com competência, podem auxiliar o/a enfermeiro/a a dar respostas sábias aos complexos problemas enfrentados no seu cotidiano, especialmente, por enfatizar a necessidade de contextualizar os fenômenos sociais/afetivos sobre os quais se debruça. Em suma, a enfermagem poderá ter novos horizontes para os problemas pesquisados.

Outrossim, Salientamos que outras pesquisas sobre a produção de conhecimentos em enfermagem, no que tange as representações devem ser estruturadas permitindo um diálogo crítico, ético e aprofundado do nosso papel de investigadores de práticas profissionais e em saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. 5ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.
- 2 Abbagnano N. Dicionário de filosofia. 4 ed. São Paulo: Martins Fortes; 2003.
- 3 Eliasmith C. Dictionary of Philosophy of Mind [on line] [acesso em 2009 Abr 14]. Disponível em: <http://philosophy.uwaterloo.ca/MindDict>.
- 4 Hall S. Representation: cultural representations and signifying practices. London: Sage; 2003.
- 5 Giami A, Veil C, Samalin-Amboise C, Veil-Barat C. Enfermeiras frente a Aids: representações e condutas, permanência e mudança. Canoas: Ed. Ulbra; 1997.
- 6 Gufreind CF. O filme e a representação do real. In: Anais do 15o Encontro Anual da COMPÓS, 2006 Jun 06-09; Bauru (SP), Brasil. Bauru: UNESP; 2006. p.1-11.
- 7 Kant I. Crítica da razão pura. 4a ed. Prefácio à tradução portuguesa, introdução e notas de Mourujão AF. Tradução de Santos MP, Mourujão AF. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian ; 1997.

- 8 Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Hucitec; 1983.
- 9 Durkheim E. As regras do método sociológico. 13a ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1987.
- 10 Oliveira M. Representação social e simbolismo: os novos rumos da imaginação na sociologia brasileira. Rev Ciências Humanas. 1999; 7/8:173-193.
- 11 Moscovici S. Representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 12 Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: ZaharEditores; 1978.
- 13 Moscovici S. Sobre representações sociais. Florianópolis: UFSC; 1985.
- 14 Jodelet D. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. Representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
- 15 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.
- 16 Abric JC. Pratiques sociales et représentations. 2ème édition. México: Ediciones Coyoacán 2001.
- 17 Gilman S. Disease and representation. Images of illness from madness to AIDS. Ithaca: Cornell University Press; 1988.
- 18 Giami A. Du handicap comme objet d'étude dans les représentations du handicap. Sciences sociales et santé. 1994; 12(1):31-60.
- 19 Giami A. L'approche comparative: son utilité pour l'analyse des représentations. Psychologie clinique. 1989;;113/128.
- 20 Sontag S. Le sida e ses méthapores. Paris: Christian Bourgois; 1989.
- 21 Adorno TW. Memorandum on Labor Project: reevaluation of participants interviews. New York Columbia University; 1944.
- 22 Morvan JS. représentations des situations de handicaps et d'inadaptations : Itinéraire d'un concept et d'un objet de recherche. In : Paicheler H, Morvan JS, editor. Représentations et handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes. Paris: CTNERHI, MIRE;

1990. p. 77-98.

23 Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT, Acioli S, Formozo GA, Heringer A, et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(4): 654-62.

24 Silva RC, Ferreira MA. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(3): 489-497.

5.2 ARTIGO 2 - A ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DO CUIDADO INTENSIVO PARA PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS

A ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DO CUIDADO INTENSIVO PARA PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS

Keyla Cristiane do nascimento¹
Alacoque Lorenzini Erdmann²

Resumo: Trata-se de uma 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. Desenvolveu-se com 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 analisados pelo software EVOC. Observa-se um núcleo estruturado no conhecimento e na responsabilidade, ao mesmo tempo em que os elementos de contraste apresentam léxicos como agilidade, atenção, estresse e humanização. A estrutura representacional revelada pelos participantes, refere-se especialmente a funcionalidade do cuidado intensivo, distinguindo-o pelos desafios e estímulos que proporciona a quem desempenha funções nessa área

Descritores: Enfermagem, Cuidados Intensivos, Unidade de terapia intensiva, psicologia social.

INTRODUÇÃO

O trabalho de médicos e enfermeiras em UTIs móveis, reveste-se de características especiais, em razão das demandas de cuidados, com

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Santa Catarina. Florianópolis (SC) Brasil. Endereço: Av. Lédio João Martins, 1290. Ed. Débora. Bl C. Apto 101. Kobrasol, São José (SC). Email: Keyla_nascimento@hotmail.com. Bolsista CAPES.

² Enfermeira. Doutora em filosofia da Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC) Brasil. Pesquisadora CNPq. Email : alacoque@newsite.com.br

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 médica e de enfermagem 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 avançadas, destinadas a 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 a concentração de tecnologia avançada, torna o ambiente e o trabalhos nas UTIs móveis bastante complexo. Essa complexidade, aliada ao acúmulo de componentes emocionais que derivam do processo de interação social, constituem-se em 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, onde a incerteza parece surgir na medida em que se toma consciência do risco⁽³⁾.

Todos os seres humanos buscam o cuidado pela vontade de sobreviver e se cuidarão segundo valores de vida e amor próprio, estando na dependência também da vontade de outras pessoas para que ele sobreviva⁽³⁾. O cuidado parece ser a resposta às necessidades manifestadas/percebidas, porém, podem ser dirigidas por necessidades criadas ou provocadas por diversos fatores.

Nesse contexto social de pertença, permeado por diversidades, podem emergir as representações do cuidado a pessoa em risco de vida concebido pelo indivíduo ou pelo grupo na sua relação de trabalho em UTI móvel.

As Representações Sociais (RS) são uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos⁽⁴⁾. Caracteriza-se como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas

na vida cotidiana, destinadas a interpretação da realidade⁽⁵⁾. 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, raciocínio rápido e a tomada de decisão assertiva. Tais atitudes possibilitam alterações, mudanças e transformações das representações sociais⁽⁵⁾.

Esse entendimento é destacado pelos teóricos das representações, quando afirmam que as representações sociais são formadas por influências recíprocas, implícitas no curso das comunicações interpessoais, em que as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores⁽⁶⁾. Nesse sentido, os indivíduos adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados no cotidiano.

É na cotidianidade que os grupos ou indivíduos expõem a realidade interpretada por eles com significados subjetivos e intersubjetivos⁽⁷⁾. 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 RS são constituídas de crenças, opiniões, atitudes e valores sobre um dado objeto social⁽⁵⁾.

O estudo do cuidado intensivo para profissionais de saúde em UTIs móveis, por meio da estrutura das representações, pode determinar as interações vivenciadas no ambiente profissional com enfoque global, que possibilite o reconhecimento das concretas atitudes de trabalho e os processos que articulam a relação entre a objetividade do trabalho e a subjetividade de cada profissional inserido nesse grupo⁽⁸⁾. Os elementos representacionais podem ser deduzidos dos significados contidos nos discursos. Estes podem ser estudados pela abordagem estrutural⁽⁹⁾. 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⁽¹⁰⁾.

O núcleo central caracteriza-se por um conjunto de elementos, em torno dos quais as RS são organizadas. Tem em si a determinação do significado, ou seja, a estrutura da representação social. É o elemento que organiza e subsidia o sentido fundamental e inflexível da representação social. Os elementos representacionais são organizados, estruturados e se constituem num sistema sócio-cognitivo específico, no qual um ou mais elementos dão a representação um significado maior – a sua estrutura⁽¹⁰⁻¹¹⁾. 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 a realidade, concretizando, regulando e defendendo o núcleo central⁽⁹⁾.

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. Assim, 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 vida¹, considerando o cuidar como essência da enfermagem uma vez que este é imprescindível para a vida, procuro com essa pesquisa 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.

¹ Há pelo menos duas explicações para o emprego de "risco de vida" no lugar de "risco de morte". A primeira delas se baseia no inegável horror que a palavra "morte" causa às pessoas, o que talvez nos faça fugir dela. A segunda explicação se assenta na idéia do cruzamento de construções ("Sua vida corre risco" com "Ele corre risco de vida", por exemplo) ou ainda na pura e simples omissão: "Correr o risco de [perder a] vida". O nome técnico em português dessa omissão (de termo que se subentende) é "elipse". A expressão "risco de vida" tem seu uso mais difundido em nossa língua. Publicado em 2001, o "Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea", da Academia das Ciências de Lisboa, dá "risco de vida" e "perigo iminente de morte" como expressões equivalentes, exemplificadas com esta frase: "O doente encontra-se em risco de vida".

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi desenvolvido segundo a Teoria das Representações Sociais no que se refere a abordagem estrutural, utilizando-se do software EVOC 2003 (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* – versão 2003) como método para a análise dos dados.

Cenário do estudo - O cenário de escolha para este estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O SAMU no Brasil e em Santa Catarina foi idealizado e implantado com base no modelo francês, pois suas centrais de regulação e as USAs (Unidades de Suporte Avançado), têm como característica fundamental a centralização no médico, tanto na regulação do sistema como no atendimento e monitoramento do paciente⁽¹²⁾. O que diferencia do modelo francês é o fato de que no Brasil, o SAMU possui USB (Unidades de Suporte Básico), onde nesta unidade a equipe é composta por apenas um técnico de enfermagem e um motorista socorrista. Por esse motivo, o SAMU no Brasil, adaptou o modelo francês para sua realidade, e conseqüentemente, seu nome passou de Serviço de Atendimento Médico de Urgência, que é nome do modelo Francês para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência⁽¹²⁾.

O Estado de Santa Catarina está dividido em sete macrorregiões, para facilitar a coordenação do SAMU. A macrorregião selecionada para este estudo é a da grande Florianópolis, que abrange além da capital, outros 21 municípios. Inaugurado em 5 de novembro de 2005, a 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.

Sujeitos – Os sujeitos da pesquisa formaram um total de 73 profissionais (médicos/as e 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: estar formado 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 que profissionais – médicos/as e enfermeiros/as - pudessem expressar a vivência do cuidar em UTI móvel.

Foi garantido aos entrevistados, o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa em qualquer momento e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Cada entrevistado recebeu uma via do TCLE com os dados dos pesquisadores caso, em algum momento, decidisse retirar-se da pesquisa ou necessitasse de maiores informações.

Questões éticas - Para atender aos princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾ 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. Este estudo faz parte da tese intitulada “O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de saúde”.

Coleta de dados – 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 conhecido 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”⁽¹⁴⁾. 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⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁴⁾. 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 frequentemente 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 frequência média e um rang também maior⁽¹⁶⁾. 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 gênero masculino e 68% do gênero feminino. A maioria dos sujeitos é composta por 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, 56.2% eram médicos e 43.8% enfermeiros. Em relação ao tempo de trabalho em Uti móvel/hospitalar, 43.4 % tinham entre dois a cinco anos; 17.4% tinham entre seis a dez anos e 39.2 % tinham mais de dez anos de formados, existindo equilíbrio entre os considerados novatos no serviço e aqueles já com maior experiência.

O *corpus* para a análise das Representações Sociais foi formado pelas evocações de todos os sujeitos sendo faladas 365 palavras. Dessas 365, 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 08. No quadro de quatro casas - Figura 1, 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.

Figura 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
> = 14.0	Quadrante Superior Esquerdo Núcleo Central			Quadrante Superior Direito Primeira Periferia		
	Emergência / Urgência	39	2.40	Casos Graves	18	3.18
	Responsabilidade	21	2.30	U.T.I.	20	3.30
	Conhecimento	16	2.17			
< 14	Quadrante Inferior Direito Elementos Contrastante ou Intermediários			Quadrante Inferior Direito Segunda Periferia		
	Agilidade	13	2.38	Sufrimento	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			

Observamos no quadrante superior esquerdo desta figura 01 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 freqüências que podem ser constitutivas do núcleo central, pois caracterizam o sentido ontológico da representação.

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 as características descritivas e a 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 continua iminência de morte⁽⁸⁾.

O elemento com maior destaque entre aqueles provavelmente centrais é *urgência/emergência* com uma freqüência de evocação de 39 e OME de 2,40. Esses elementos estão intimamente ligados ao papel

desempenhado pelo profissionais de UTIs móveis, que prevêm um primeiro atendimento com um tempo limite para que a vida seja preservada ou ocorra minimização de danos ou seqüelas.

Os elementos *Urgência* e *Emergência* foram homogeneizados devido à imprecisão, à confusão e à polêmica em torno desses conceitos. 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; 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⁽¹⁷⁾. 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 visto 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 a pessoa em risco de vida.

O segundo elemento em destaque no núcleo central foi responsabilidade com uma freqüência de 21 e uma O.M.E. de 2.30. Nas situações de cuidado intensivo, a responsabilidade, inerente ao trabalho de assistir a vida é uma característica que se constitui em elemento intrínseco 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 do material, preparo do material, reposição dos mesmos após cada atendimento móvel, atendimento direto às vítimas, treinamentos, desenvolvimento de pesquisas; enfim, requer 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⁽¹⁸⁾. No contexto de suas responsabilidades, apresentam comprometimento com o saber e o saber/fazer em seu cotidiano, demonstrando a representação da responsabilidade com o cuidado humano em sociedade por parte dos profissionais.

Neste sentido, a responsabilidade está ligada ao conhecimento apropriado pelos profissionais ao longo da sua vida, no seu trabalho, ou ainda, pela maneira como resgatam a 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. 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 que possam direcionar sua assistência embasada na cientificidade.

Deste modo, a palavra conhecimento, pode estar significando para os sujeitos o conhecimento científico, possivelmente, como consequência de um comportamento que consideram relevante para o aperfeiçoamento profissional e para 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⁽¹⁹⁾.

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 o seu desenvolvimento e o seu envolvimento no cuidado com o outro⁽¹⁹⁾. 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.

O cuidado intensivo, nessa estrutura representacional, se baseia em um tripé: paciente grave em situação de urgência/emergência, responsabilidade para o cuidar e equipe multiprofissional especializada, com conhecimentos e experiência para cuidar e assistir o paciente. Nesse sentido, deve haver uma integração de conhecimentos entre os profissionais a fim de se oferecer, ao paciente sob cuidados intensivos, uma assistência adequada.

Retornando o quadro de quatro casas (figura 01) no quadrante superior direito, ou seja, **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. Nesse espaço da representação, encontram-se as palavras *casos-graves e UTI* que reafirmam e reforçam o cuidado intensivo presente nas UTIs/UTIs móveis que realizam atendimento de urgência e emergência de casos-graves. Na prática dos cuidados intensivos, existe e se concretiza a seguinte equivalência: emergência = casos graves, isto é, casos que levam à suspeita da necessidade de uma intervenção rápida⁽¹⁷⁾.

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 uma assistência direta e dependente.

Sabendo-se que os pacientes graves devem ser atendidos por equipe de saúde multidisciplinar especializada, o SAMU – cenário deste estudo – enquanto UTI móvel, configura-se no serviço de atendimento pré-hospitalar cujos procedimentos diminuem a mortalidade e amenizariam as possibilidades de seqüelas nos pacientes graves⁽²⁰⁾. Nesse sentido, o SAMU tem o objetivo de prestar uma 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 do Samu, explicitado pelos participantes, especialmente no que se refere a sua funcionalidade, reafirmando o papel de atendimento a *urgência e emergência* presentes no núcleo central.

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

O elemento *agilidade* reforça a característica das ações desenvolvidas em UTI/UTI móvel e influencia o termo *urgência/emergência* presente no núcleo central, assinalando o

reconhecimento, por parte desses profissionais, da necessidade de um cuidado conciso e ágil, onde os atendimentos precisam ser rápidos e o reconhecimento precoce de sinais clínicos por parte da equipe é fundamental.

O termo *atendimento* liga-se a todos os termos presentes no núcleo central de forma positiva, considerando-se que o cuidado intensivo sob forma de atendimento, 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 o termo *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. 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.

O termo *habilidade* é evocado pelos profissionais das UTIs 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 e a habilidade para executar as intervenções prontamente⁽²⁾. Nesse sentido, destaca-se ainda, a iniciativa e a percepção, além da tomada rápida decisão, como fatores cruciais para o atendimento⁽⁸⁾.

Observa-se que os elementos habilidade, agilidade e atendimento formam um sub-grupo dentro das representações demonstrando com exatidão, a natureza do trabalho dos profissionais que atuam em UTI móvel. Observa-se que estes elementos se influenciam mutuamente. O elemento habilidade influencia o elemento atendimento presente nesse quadrante de contraste 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⁽¹⁰⁾ as unidades de tratamento

intensivo, desde a sua concepção, tem sido espaços reservados para atenção a pacientes críticos⁽⁸⁾. 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.

O elemento *humanização* presente na zona de contraste 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⁽²¹⁾. O cuidado intensivo pode, ainda, trazer conflitos, considerando que convivem com o dilema entre atender as urgências, em caráter estrito; aliviar sofrimentos de pacientes e famílias; lidar com a pressão de cuidar de pessoas em de risco de vida; com a violência urbana; entre outras⁽²¹⁾.

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, da feiúra e brutalidade, da sujeira⁽²²⁾, situações insuportáveis para muitos profissionais de saúde e até mesmo impossíveis de ser representadas e significadas por eles de forma positiva, dificultando a formação de vínculo e definindo os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado dentro do Serviço⁽²²⁾. Para que exista o processo de humanização do cuidado, é preciso criar meios de modificar o processo de trabalho 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 ou intermediários incorpora um expressivo significado do cuidado a pessoa em risco de vida. Esse elemento, associado à humanização - vista como uma necessidade neste setor, estão diretamente ligados aos enfrentamentos assumidos por esses trabalhadores vinculados 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⁽²³⁾. Deste modo, 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 constitui-se de 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⁽⁸⁾.

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**. Nessa periferia, encontram-se as palavras *dedicação, sofrimento e morte*. Nesse espaço da representação do cuidado a 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 a pessoa em risco de vida, visto como *sofrimento* e indo de encontro com a 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-nos 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 realmente se tem muitas limitações humanas e tecnológicas no cuidado a pessoa em risco de vida. Dessa limitação, emerge o *sofrimento*, pois suas ações ficam desprovidas de sentido.

Essa convivência quase que diária com situações críticas e limitantes contribui para o *sofrimento* desses profissionais. Por vezes inevitável, esse sentimento sem significados e intensidades diferentes no cenário individual social e cognitivo nessa unidade. Nessa mesma linha compreensiva, o *sofrimento* dos pacientes, dos familiares, exigem 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⁽²⁴⁾. 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⁽²⁴⁾.

Deste modo, conviver diariamente situações de risco de vida, lidando com a morte ou situações que geram alto grau de estresse podem, desencadear processos de sofrimento, de ansiedade entre outros. Faz parte do nosso 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, temos que 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 a sua existência, especialmente naquelas em que a dor, o sofrimento e a morte se fazem presentes⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁹⁾. Cuidar da pessoa em risco de vida constitui-se em atividade que exige responsabilidade e dedicação dos profissionais que ali atuam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia metodológica do EVOC 2003 permitiu a organização das evocações no quadro de quatro casas por meio da qual encontramos

a representação social dos profissionais da UTI móvel do Samu (médicos e enfermeiros) sobre o cuidado a pessoa em risco de vida. No núcleo central, os elementos constituintes da estrutura da RS do cuidado intensivo em UTI móvel, evidencia-se pelas palavras, urgência/emergência, conhecimento e responsabilidade, as quais refletem a imagem representada do cuidado a pessoa em risco de vida, pelos sujeitos. Na primeira periferia, encontramos os elementos *casos-graves*, *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, então, representado por profissionais das UTIs 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 UTIs móveis, enquanto espaço de decisão e de inter-relações nos serviços de urgências, devem ser constantemente aprimoradas e, para isso, faz-se importante considerarmos a discussão do cuidado intensivo, contribuindo para as práticas dos profissionais que ali atuam.

REFERENCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 2 Leite MA, Vila VSC. dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev Latino-am. Enferm; 2005; 13(2):145-150.

- 3 Erdmann AL. Sistema de cuidado de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel; 1996.
- 4 Moscovici S. A representação social da psicanálise. Trad. De Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 5 Jodelet D. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. Representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
- 6 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 7 Berger PL, Luckmann TA. A construção social da realidade. 20 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- 8 Silva IAS, Cruz EA. Trabalho da enfermeira intensivista: um estudo da estrutura das representações sociais Rev. Esc. Enferm. USP;42(3), set. 2008.p.554-62.
- 9 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.
- 10 Abric JC. Pratiques sociales et représentations. 2ème édition. México: Ediciones Coyoacán; 2001.
- 11 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 12 Nitschke CAS, Cordeiro Junior, W, Silva NLC, Carvalho LL, Magalhães CMV, Garcia RA et al. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. SAMU. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008. 233p.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4 (2suppl):15-25.
- 14 Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. Structures et transformation des représentations sociales. Paris (FRA): Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-53.
- 15 Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira, MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das

representações sociais. In: Moreira ASP (org). Perspectivas teórico metodológicas em representações sócias e práticas educativas. Goiânia: UCG; 2003. p. 573-603.

16 Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39(2):145-53.

17 Jacquemot GA. Urgências e Emergências em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

18 Souza ML, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. Texto & contexto enferm. 2005; 14(1):75-81.

19 Nascimento KC, Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(2):215-221.

20 Moraes DA, Silva EG, Figueiredo HS, Carvalho EC. Prevenção no trânsito: levantamento de acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU. Rev emergência. 2009; 5:45-47.

21 Sá MC. Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

22 Sa MDC, 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):1334-1343.

23 Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. Rev. Esc. Enf. USP. 2004; 38(2):151-157.

24 Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(4):660-667.

5.3 ARTIGO 3 - REPRESENTAÇÕES DO CUIDAR NO LIMIAR DA VIDA: AS INTERAÇÕES VIVENCIADAS PELOS PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS

REPRESENTAÇÕES DO CUIDAR NO LIMIAR DA VIDA: as interações vivenciadas pelos profissionais de Utis móveis

Keyla Cristiane do nascimento¹
Alacoque Lorenzini Erdmann²

Resumo: Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetivou: compreender as representações do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde que atuam em Uti móvel. O cenário de estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, de Florianópolis (SC). Foram entrevistados dezoito profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), entre maio e outubro de 2008. Os dados foram analisados pela Grounded Theory. Da análise, emergiram quatro categorias: sentido do cuidado no limite da vida; Uti móvel como espaço do cuidar; experiência de cuidar em Uti móvel e trabalho em equipe: orientando-se pela responsabilidade; que conduziram-nos a identificação do tema central: *Representação do cuidado no limiar da vida*. Permitiu-nos compreender os diferentes olhares acerca do cuidado que realizam e a influência do ambiente sobre os atores envolvidos, em relação às posturas e comportamentos. O cuidado intensivo é complexo e apresenta situações imprevisíveis.

Descritores: Enfermagem, Cuidados Intensivos, Unidade de terapia intensiva, Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

A existência é um dos maiores mistérios da humanidade. Não o

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Santa Catarina. Florianópolis (SC) Brasil. Endereço: Av. Lédio João Martins, 1290. Ed. Débora. Bl C. Apto 101. Kobrasol, São José (SC). Email: Keyla_nascimento@hotmail.com. Bolsista CAPES.

² Enfermeira. Doutora em filosofia da Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC) Brasil. Pesquisadora CNPq. Email : alacoque@newsite.com.br

fato de existirmos como fenômeno da vida, mas o existir em sua consciência. Trata-se de um tema bastante complexo, pois indagamos freqüentemente: qual é a fronteira entre a vida e a morte? Até onde vai o nosso cuidar enquanto profissionais que atuam em situações no limiar da vida? A complexidade em nosso contexto social tem induzido não só as várias ciências, mas também os profissionais, a buscarem novas respostas aos questionamentos advindos da própria sociedade.

Vivendo num mundo marcado pelo incessante enfrentamento das incertezas e/ou das aparentes certezas, principalmente, num campo tão vasto e complexo como o da saúde, os serviços nesta área alcançam enormes avanços científicos e tecnológicos, assim como um grau de desenvolvimento de conhecimento invejável para qualquer ciência que pretenda cuidar do ser humano. No entanto, também parece haver consenso de que a evolução do conhecimento técnico-científico não tem sido acompanhada por correspondente avanço na qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento ao paciente grave. Circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde, à doença e às formas de intervenção são, muitas vezes, subestimadas e até mesmo desconsideradas. Esse fato torna-se mais evidente quando se considera a questão do paciente no limiar da vida, onde momentos de verdade/engano, real/escondido trilham ao mesmo tempo caminhos de esperança e desesperança.

Nota-se que as unidades de terapia intensiva fixas/móveis são planejadas para prestar assistência especializada as pessoas em estado crítico, com risco de vida¹ e que exigem maior controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Esses fatos justificam a introdução da tecnologia cada vez mais aprimorada na tentativa de - por meio de aparelhos - preservar e manter a vida do cliente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exigem profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados⁽¹⁾.

A vivência em UTI possibilita-nos afirmar que essas unidades possuem características próprias, como: a convivência diária dos

¹ Há pelo menos duas explicações para o emprego de "risco de vida" no lugar de "risco de morte". A primeira delas se baseia no inegável horror que a palavra "morte" causa às pessoas, o que talvez nos faça fugir dela. A segunda explicação se assenta na idéia do cruzamento de construções ("Sua vida corre risco" com "Ele corre risco de vida", por exemplo) ou ainda na pura e simples omissão: "Correr o risco de [perder a] vida". O nome técnico em português dessa omissão (de termo que se subentende) é "elipse". A expressão "risco de vida" tem seu uso mais difundido em nossa língua. Publicado em 2001, o "Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea", da Academia das Ciências de Lisboa, dá "risco de vida" e "perigo iminente de morte" como expressões equivalentes, exemplificadas com esta frase: "O doente encontra-se em risco de vida".

profissionais e dos sujeitos com as situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a constante presença da morte; a ansiedade, tanto dos sujeitos hospitalizados quanto dos familiares e profissionais de saúde e a rapidez de ação no atendimento. O cuidado se dá, nesse conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros. As unidades de terapia intensiva são totalmente diferentes de outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares.

Acreditamos que esse fato tem contribuído para que a assistência de enfermagem, nessa unidade, seja norteadada pelo modelo biomédico. Insatisfações com esse modo de cuidar em UTI, nas décadas de 70 e 80, levaram estudiosas de enfermagem nessa área⁽²⁻³⁾ a alertar para que seja considerada a existência de outras necessidades tão importantes quanto aquelas pertinentes à esfera física, quando da implementação de cuidados.

Deste modo, o cuidar desvela-se para aquele cuidado além da competência técnica⁽³⁾, para o cuidado humano, para o cuidado complexo. Agora penso qual o cuidado ideal para estas pessoas? Em que o cuidado fomenta a esperança: cura ou conforto (ou seria os dois)? Como aproximar o técnico e o humano? Essas são todas questões para vários estudos, acredito eu, mas neste momento buscamos apreender, deste profissional que cuida do ser humano que está no limite da vida, como ele representa sua vivência neste processo e como o cuidado está ancorado.

O entendimento dado pelas Representações é de que o conhecimento é construído na interação do indivíduo com o meio. A sociedade não é mera reprodutora de ideologias dominantes, mas é capaz de elaborá-las e transformá-las em representações que, por sua vez, determinam sua prática⁽⁴⁾. Nessa linha argumentativa, define-se as representações como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social⁽⁵⁾.

Deste modo, as representações são verdadeiras teorias coletivamente produzidas e construídas que se elaboram através das interações sociais, sujeito-sujeito e sujeito-instituição, num determinado tempo, em uma cultura e espaço próximo, na tentativa de tornar o estranho familiar e dar conta do real. No processo de interação social, o sujeito elabora o conhecimento, vai se socializando, reconstruindo valores e idéias que circulam na sociedade⁽⁶⁾.

Diante do exposto, para uma melhor compreensão sobre esta vivência, definiu-se, como questão de pesquisa: *Como os profissionais de saúde representam o cuidar de pessoas em risco/limite da vida?* Ancorada na complexidade e na experiência profissional nesta área, esta pesquisa tem como objetivo: Compreender as representações do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde que atuam em Utis móveis, através das interações vivenciadas nessa rede de cuidado.

O CAMINHO METODOLÓGICO

Ao objetivar a investigação das representações, optou-se por desenvolver uma pesquisa de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa consiste em coletar e analisar materiais subjetivos presentes nos discursos. A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, possibilitando que o autor se envolva diretamente na situação, permitindo observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com estes⁽⁷⁾. Ela busca entender e apreender o fenômeno em profundidade e complexidade e permite desvelar o que está oculto no mundo vivido pelos sujeitos.

Nesta perspectiva, o suporte metodológico das Representações possibilitou-nos a instrumentalização adequada para se construir uma configuração significativa sobre a vivência do cuidar no limiar da vida a partir das representações de um grupo de pessoas que trabalha com seres humanos em risco de vida.

O cenário de escolha para esse estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que tem como finalidade prestar socorro à população em casos de emergência/urgência. Esse serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas⁽⁸⁾.

No Estado de Santa Catarina o Samu é dividido em sete mesorregiões, para facilitar a coordenação. A macrorregião selecionada para este estudo é a da grande Florianópolis, que abrange além da capital, os municípios de: Águas Mornas, Angelina, Alfredo Wagner, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Garopaba, Gov. Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo A. Imperatriz, São Bonifácio, São J. Batista, São José, São P. Alcântara e Tijucas. Inaugurado em 5 de

novembro de 2005, a mesorregião 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.

Teve como população alvo os profissionais de saúde (04 médicos e 14 enfermeiros) que ali atuam, selecionados de acordo com os seguintes critérios: estar formado a pelo menos dois anos; possuir experiência profissional em UTI móvel de pelo menos um ano; concordar em participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento pós-informação e uso do gravador. Os sujeitos do estudo totalizaram 18 pessoas com idade variando entre 28 e 49 anos, número este considerado suficiente pela saturação dos dados na análise preliminar realizada. Os dados foram coletados de maio a outubro de 2008.

No desenvolvimento deste trabalho respeitou-se o código de ética profissional e a Resolução 196/96, sendo iniciado após o consentimento da instituição e a aprovação pelo parecer de nº 112/2008 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

Para compor os dados, optou-se por trabalhar com o método de entrevista constituída, inicialmente, de itens referentes à caracterização dos participantes, com o intuito de registrar dados como gênero, idade, escolaridade e estado civil. O próximo passo foi composto por questões que foram formuladas, tendo como pressupostos os objetivos da pesquisa e o questionamento inicial: *O que significa pra você cuidar de pessoas em risco de vida?*

Para a análise dos discursos produzidos, utilizamos a Grounded Theory uma vez que esta adota uma análise de dados sistemática, através da interação com os dados, codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, permitindo refletir com o máximo de fidelidade e clareza o pensamento dos sujeitos⁽⁹⁾. Deste modo, fizemos uma análise vertical (em cada entrevista) e horizontal (conjunto das entrevistas), de forma a encontrar convergências e divergências, no processo de codificação aberta. Em seguida, na codificação axial, os dados foram agrupados por meio das conexões entre as categorias. Neste momento, as categorias já formadas foram analisadas comparativamente, com o intuito de tentar identificar as mais significativas. Esse processo reduz o número de categorias, visto que estas se tornam mais organizadas e integradas. A última etapa, denominada de codificação seletiva, visa à emergência da variável central, o principal tema ao redor do qual todas as categorias giram. Trata-se de integrar e refinar as categorias para que

os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria⁽⁹⁾. É quando se torna possível desvelar a categoria central, isto é, uma categoria que expresse o tema da pesquisa.

Com a sistematização dos dados, foi possível reunir as falas dos sujeitos e tecer comentários a partir da literatura enfocada, conforme apresentados a seguir.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A codificação e análise dos dados conduziram-nos a identificação do tema central: ***Representação do cuidado no limiar da vida***. A compreensão deste fenômeno foi construída por conceitos organizados em categorias que se apresentaram intimamente relacionados, resultando da intercepção de quatro eixos de análise: “o sentido do cuidado no limite da vida”, “a instituição: A Uti móvel como espaço do cuidar”, “a experiência de cuidar em Uti móvel” e “o trabalho em equipe: orientando-se pela responsabilidade”.

O sentido do cuidado no limite da vida: momentos de reflexão

Nessa primeira dimensão procuramos descrever a estrutura essencial do sentido do cuidado no limite da vida para os 18 indivíduos da amostra. Assim, a análise da forma como os enfermeiros e médicos percebem o que é o cuidar no limite da vida será abordada em três sub-categorias denominadas: eixo técnico do cuidar, eixo científico do cuidar e eixo relacional inerente ao cuidado.

O que é o cuidado? Poderíamos dizer que o cuidado, no senso comum, é ocupar-se de uma pessoa doente, proporcionando assistência com o objetivo de restabelecer a sua saúde, enquanto esta for considerada a ausência de doença. No entanto, na perspectiva da enfermagem cuidar sugere também: a atenção, o conhecimento, a preocupação pelo bem-estar e pelas necessidades do outro⁽¹⁰⁾.

Deste modo, a arte do cuidado nessa dimensão é marcada pelos estilos/maneiras próprias e peculiares de fazer acontecer em aparências ou formas o jogo dos movimentos/ondulações, junto aos elementos/conteúdos do cuidado⁽¹¹⁾.

Eixo científico do cuidar – O eixo científico do cuidar se refere às informações, ao ensino, ao conhecimento e aos programas de educação permanente. Articular e organizar os conhecimentos e assim, reconhecer e conhecer os problemas do mundo, torna-se desejável para a reforma do pensamento⁽¹²⁾. É importante compreender que o conhecimento não progride por formulação, sofisticação ou abstração, mas progride principalmente pela capacidade de contextualizar⁽¹³⁾.

Partilhando dessas idéias, também os nossos participantes fazem referência à importância do conhecimento quando mencionam que:

... o teu conhecimento aquilo que tu aprendeu, as pessoas que estão contigo, é isso que vai decidir (F.enf.10¹).

Não se pode ser negligente, não pode deixar de estudar, tem que ser sempre uma pessoa esforçada, no sentido de estar estudando... Buscar o conhecimento (M.med.16)

O cuidado deve estar pautado no conhecimento técnico-científico e este só pode ser qualificado à medida que se realiza educação em serviço. Sendo, pois, necessário proporcionar ao cuidador 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 o seu desenvolvimento e o seu envolvimento no cuidado com o outro.

... é um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que utilizamos [para cuidar das pessoas] (F.enf.19)

O conhecimento, ele muda. Então assim, todo dia, cada situação é uma situação, que deveriam ser discutidas, que deveriam ser estudadas, deveriam ser feitos protocolos (F.med.15)

Desde que entrei aqui não recebi treinamento. Entrei sem treinamento, com a cara e com a coragem (F.med.15)

O cuidador deve educar a si próprio⁽¹²⁾. Reeducação a si próprio significa sair de uma minoria; significa que os cuidadores sentem a necessidade do problema e, como desviantes, vão ajudar outros seres a mudar. Na UTI móvel, bem como em outras unidades, torna-se desejável que os profissionais, para cumprir sua tarefa, disponham de curiosidades e de competências éticas cada vez mais consistentes, em função da missão que lhe é confiada pela sociedade: o cuidado no limiar da vida.

Aprender! Sempre aprender. Então deixa eu filosofar: “Mestre não é quem ensina, mestre é quem aprende” Guimarães Rosa. É isso. eu vou aprender e quero

¹ Para a identificação dos sujeitos, elaborou-se a seguinte escala de convenção: gênero F – feminino, M – masculino, seguido da categoria profissional: med – médico/a. Enf – enfermeiro/a e na sequência a ordem dada as entrevistas: 01, 02, 03, 04... Ex: F.enf.04

continuar aprendendo até parar de fazer medicina. E vou parar de fazer [medicina] quando não tiver mais cérebro (M.med.04).

Eixo técnico do cuidar - A atividade de cuidado é feita pela ação/negociação/deliberação de seus cuidadores mediante necessidades levantadas, normalizadas ou não, ou de solicitações diversas⁽¹¹⁾. Para os participantes da pesquisa, além do saber, é igualmente exigido aos profissionais o saber-fazer, ou seja, o cuidado é visto como uma ação, dá idéia de movimento, de realização de uma atividade, de atuar junto a um agente, de executar algo para ou junto ao outro ser, de agir em benefício da saúde do outro, evidenciado nos seguintes discursos:

... ser rápido, ser eficiente naquele procedimento porque se não a gente está colocando em risco a vida daquele paciente (F.enf.05).

Então, nesse cuidado inclui a rapidez de raciocínio, a criatividade, o discernimento (M.med.16)

Assim, através dos discursos, o cuidar se traduz em uma atividade realizada no cotidiano organizacional de gerir e assistir. Esse processo é cíclico, onde o profissional deve priorizar e aprimorar relações e organização, seja através de atitudes como: estar com, tomar conta de, auxiliar a fazer, entre outros.

Cuidado é fazer aquilo que o outro não pode fazer por si (F.enf.08).

Eixo relacional inerente ao cuidado – Esse eixo relacional de cuidado emergido dos discursos, desvela o entendimento de que, nesse sistemas de cuidado, os relacionamentos humanos se expressam por uma relação/interação empática.

Cuidado pra mim é me preocupar com outra pessoa. (F.enf.10).

Assim, uma coisa que eu me preocupo muito é olhar pra pessoa, tocar a pessoa. Falar o que esta sendo feito. (F.enf.01)

O envolvimento relacional é como uma postura interna de voltar-se para o outro, no qual a reciprocidade e a autenticidade são elementos básicos nessa relação⁽¹⁰⁾. Também os nossos sujeitos relacionam o cuidado com o envolvimento relacional:

... eu acho que é se entregar, por inteiro, pra alguém que está precisando naquele momento de ti. O conhecimento não só técnico como o humano também, de respeito, de consideração, de fazer uma assistência ideal nos aspectos humanos e técnicos (F.enf.02).

Cuidado, me trás muito a palavra compreensão, humanidade, respeito. São palavras que me vêm quando eu falo de cuidado . respeito a outra pessoa, respeito a situação a que ela se encontra. (F.med.11).

O estar com o outro, no eixo relacional de cuidado, requer aproximação. Inexistem receitas modeladoras nas relações de cuidado. Porém, para haver uma relação no cuidado, o profissional precisa desenvolver a capacidade de aproximação, observando o ser cuidado em todas as dimensões, percebendo as situações. Esse sentimento de ajuda também é mencionado pelos nossos participantes, quando referem que:

... o sentimento de ajuda é essencial nesse cuidado (...) numa perspectiva empatica (...) colocamo-nos no lugar do outro... (F.enf.22)

Seria tudo o que tu podes fazer para ajudar a pessoa naquele momento. Acho que tudo da parte prática que tu podes fazer, até a parte psicológica e a parte sentimental. (F.med.07).

Os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, vem buscando progressivamente constituir-se em uma profissão humanística, centrando o foco da atenção no cuidado ao ser humano. Assim, da interpretação desses discursos, emerge ainda, a humanização do cuidado.

É tu ter um cuidado humanizado, olhar o ser humano como um todo. Não adianta cuidar só da mente, cuidar só do corpo, ver as pessoas como se fossem partes. (F.enf.14)

Parece-nos oportuno salientar que os conceitos de cuidado variam ao longo dos tempos, segundo os campos de ação, as áreas geográficas, as funções dos profissionais na saúde, bem como as crenças das pessoas e dos grupos. Mas a grande ênfase é dada sempre as relações no cuidar, sendo o trabalho dirigido as necessidades do indivíduo, tendo por conseguinte de possuir sólidos conhecimentos científicos, técnicos e a sensibilidade humana. Partilhando dessa mesma idéia, um dos participantes salienta que:

eu poderia dizer que o cuidado resume-se a uma aliança

entre o amor, o carinho e o conhecimento técnico - científico. De carinho pelo outro ser humano que está numa situação de total dependência de você naquele momento. Do amor, acho que todo ato de ajudar, no sentido de ajudar, no sentido de amenizar, no sentido de confortar, no sentido de acalmar, de tirar a dor, de consolar ou ate mesmo o ato de cerrar as pálpebras do paciente, eu acho que é sempre um ato de amor. Então, o cuidado pra mim, ele está muito relacionado a isso, ao carinho e ao amor aliado ao conhecimento técnico - científico. (M.med.16)

A fala desse participante reflete o eixo do *sentido do cuidado no limite da vida*, quando podemos afirmar que durante o atendimento ao paciente grave em Uti móvel, os profissionais necessitam de conhecimentos que irão nortear a assistência. O saber incorporado às práticas torna-se imprescindível, bem como a aproximação dos sujeitos que, por sua vez, favorece o cuidado nesse ambiente de trabalho.

A instituição: a UTI móvel como espaço do cuidar

Através da análise das entrevistas realizadas os profissionais de saúde apontam para a maneira como percebem o ambiente da UTI móvel na realização do cuidado. As vivências, memórias, percepções e experiências revelam sempre a presença de situações que quase nunca se repetem e fazem desse cenário um lugar único:

Na UTI móvel tudo é uma caixinha de surpresas. Você não sabe o que vai encontrar naquele primeiro momento, então, eu acho que é muito mais ação, muito mais sentimento, muito mais conhecimento. (F.med.15)

O atendimento nunca é o mesmo. (F.med.06)

O espaço do sistema de cuidados é marcado pelas vidas vividas, pelas oportunidades espaciais das relações de trabalho e pelo vivenciar o cuidado na ordem do espaço, dependência, pertencimento e privacidade. É o lugar pontilhado por uma multiplicidade de pequenos espaços de provimento de saúde, da busca de melhoria do corpo num coletivo de afeto, emoções/ambiência e determinações⁽¹¹⁾. Estes espaços são amplos diante das múltiplas possibilidades de transição física e social. Os relatos retratam um novo olhar acerca do local em que o paciente se encontra, ou seja, é estar cada dia em um local novo, portanto diferente do hospital, da terapia intensiva na qual há uma definição de pacientes.

A UTI móvel, ela carrega em si características bem distintas.

Ser plantonista numa UTI móvel, é totalmente diferente de ser plantonista numa UTI, numa unidade de terapia intensiva hospitalar. Porque você está se deslocando e vai chegar num ambiente que você não tem noção exata de como é o ambiente, como está o paciente, em que posição está o paciente. (M.med.16)

O pré-hospitalar é o desconhecido mesmo, a gente sai sem saber o que está acontecendo. Emergência é aquela fase intermediária mesmo, para o paciente grave, entre o atendimento pré-hospitalar e a UTI. (M.med.04).

Observa-se que há diferença entre cuidar de pacientes em UTI móvel e cuidar em UTI no contexto hospitalar quanto à área física, aos recursos disponíveis e ao número de profissionais de saúde para o atendimento.

Na UTI, dentro da ambulância, a gente tem o que tem na UTI, mas a gente tem limitação dos espaços. Acho que a diferença principal é essa: número de pessoas e o espaço, o ambiente de trabalho. (F.med.07).

Entretanto, percebe-se uma semelhança com a terapia intensiva principalmente pelo fato de o paciente necessitar de cuidados intensivos. O cuidado intensivo se baseia em um tripé: paciente grave, equipamento altamente técnico e equipe multiprofissional especializada, com conhecimentos e experiência para cuidar e tratar do paciente e manipular aparelhagem⁽¹⁴⁾.

Percebe-se que o cuidar em UTI móvel tem raízes na terapia intensiva, como citado nas falas: *monitorização* dos dados vitais por meio de equipamentos, *atender às necessidades*, e toda a *técnica* no cuidado do paciente. Muitos pacientes atendidos são críticos e demandam uma assistência direta e dependente.

Mas Uti é igual a do hospital no sentido de salvar o paciente no risco de vida (F.enf.05).

O hospital ele é a continuidade do tratamento. Um não é isolado do outro, a UTI hospitalar é uma continuidade. (M.med.03)

É importante entender o ambiente de trabalho em que esses profissionais atuam e conseqüentemente as condições existentes nesse tipo de trabalho. Tal ambiente, um veículo ambulância, é dinâmico, encontra-se em movimento e, em caso de intercorrências deve parar para

que se realize algum procedimento. O espaço interno de trabalho é restrito, há pouco espaço para se movimentar, os equipamentos e materiais ficam sempre à mão, nos casos de urgência. Os assentos dos profissionais de saúde são posicionados de frente para a maca. O corredor é estreito.

A ambulância é assim: as vezes tu paras num lugar porque o paciente está instável. Tu paras num lugar que as vezes não é um bom lugar. Os aparelhos não funcionam naquele momento que tu estavas querendo que eles funcionassem. São só três profissionais, não tem mais ninguém para ajudar. Então assim, é muito instável na ambulância. (F.enf.05).

O ambiente é considerado como um “conjunto de condições e influências externas que podem interferir, positiva ou negativamente, no desenvolvimento do ser humano, enquanto partícipe do processo saúde/doença”⁽¹⁵⁾.

Considerando-se o compromisso de cuidado prestado nas ambulâncias, a responsabilidade deve ser compartilhada entre os profissionais de saúde e uma questão que merece ser considerada é o ambiente de trabalho, que por vezes, dificulta, senão impossibilita de favorecer o cuidado, quando o ambiente é hostil⁽²⁾. Neste tipo de ambiente, os profissionais enfrentam situações geralmente imprevisíveis, tais como, as falhas com os equipamentos, o percurso de ambulância em estrada ruim, locais de difícil acesso, entre outros. Esses bons apertos geralmente tornam-se inesquecíveis, porém, mesmo em condições não ideais de trabalho, o cuidado se configura como essencial e constitui parte do cotidiano.

... a gente tem tudo aqui que na UTI hospitalar tem, mas aqui é tudo mais complicado. Porque o veículo está em movimento e você vai ter que parar numa via pública pra fazer um atendimento, ou pra fazer uma medicação que o paciente está agitado, ou porque ele está com secreção. Tudo é ruim, a posição, o espaço, eu acho que é tudo bem diferente. A gente até consegue fazer bem, mas é bem mais limitado o espaço físico, os equipamentos, eu acho que isso te limita as vezes. (F.enf.09).

A falta de manutenção, instalações inadequadas e falhas dos equipamentos no ambiente de cuidado são fatores que comprometem a assistência, trazendo repercussões no cuidado, constituindo-se num impedimento para que as intervenções dos profissionais de saúde tenham qualidade. Além disso, a pressão do ambiente pode levar ao

desgaste físico e emocional da equipe. Por sua vez, um local de trabalho adequado, agradável e funcional, torna as relações amistosas e favorece o bom desempenho dos profissionais. Para que o cuidado tenha eficiência e eficácia, é importante que haja sincronia e coesão no cuidar, manutenção adequada dos equipamentos e que as relações entre as pessoas da equipe sejam efetivas. Estes, são fatores que impulsionam o trabalho a ter um sentido diferente, deixando de ser visto como sofrimento, e passando a ser um local interessante, que denota satisfação profissional. Assim, nesses espaços, compartilha-se sentimentos, emoções e experiências.

Eu acho que quando a gente trabalha nesse serviço, trabalha porque gosta. Se a gente gosta, a gente tem uma possibilidade de fazer alguma coisa pra vencer esses desafios. Então, eu acho que a gente que gosta tem que dar a nossa parte de doação, pra poder fazer alguma coisa por alguém apesar de todas essas adversidades. (F.med.15)

... aqui eu brinco que eu sou um cisne, lá [ambiente hospitalar] eu era uma patinha feia, uma marreca e aqui eu sou cisne [risos]. Aqui todo mundo é igual. Vamos para a ambulância, porque gostamos daquilo que a gente faz!. (F.enf.08).

As experiências vividas pelos profissionais em UTI móvel perpassam a rotina mecanicista/biologicista do dia a dia, mas alcançam o cuidar humanizado/sensível, denotando a abordagem integral do ser humano em todas as dimensões⁽¹⁰⁾. Assim, consideramos que, nesse espaço ou ambiente de trabalho, fluem sentimentos de ansiedade, tristeza e alegria que expressamos de maneira positiva ou negativa.

O trabalho em equipe: orientando-se pela responsabilidade

Nesta terceira dimensão, procuraremos descrever o modo como os profissionais percebem a dinâmica do seu trabalho ao cuidar no limite da vida. Sabemos que nos diferentes cenários em que a presença de UTI móvel se faz necessária, os pacientes críticos necessitam de um cuidado rápido e eficaz. Assim, esse serviço requer o envolvimento dos profissionais de saúde para que o trabalho aconteça de forma efetiva. Deste modo, o trabalho em equipe ocupa lugar de destaque nesse contexto, conforme os relatos dos entrevistados que demonstram a importância de um trabalho coeso:

Eu acho que aqui no Samu existe uma uniformidade bem grande. Eu acho que de todos os serviços de saúde, aqui é o serviço em que mais se trabalha em integridade de equipe, essa coisa de coesão de equipe. Médico, enfermeiro e socorrista, a gente trabalha em uma sintonia que as vezes a

gente só se olha e a gente já sabe que é pra aspirar uma adrenalina, que é pra pegar o soro. Sabe, a gente já tem essa sincronia que muitos outros serviços não tem. (F.enf.01)

...a equipe tem que ser coesa pra fazer um bom atendimento e eu acho que todos pensam sim. (F.enf.14)

Geralmente, no dia a dia, os profissionais tendem a desenvolver uma estreita relação de parceria e confiança, *muitas vezes pelo olhar, a gente só se olha e a gente já sabe*. Essa fala do entrevistado retrata uma confiança construída no cotidiano de trabalho, que não pode ser adquirida de uma hora para a outra e sim com o tempo e a convivência.

A gente já tem uma sincronia, eu trabalho há dois anos com o mesmo socorrista e as vezes, a gente não precisa nem se comunicar verbalmente. O olhar já acaba dizendo tudo, já sabe o que está precisando, então é uma coisa de equipe mesmo. (F.enf.02).

Mas muitas vezes pelo olhar, entre a equipe, a gente já se conhece, já sabe qual é o procedimento. (F.med.11)

A equipe, na Uti móvel, é reduzida, composta apenas por um enfermeiro, um médico e um socorrista. Dentro da UTI móvel, não há como contar com a presença de outros profissionais da saúde, além de se trabalhar em um *espaço* restrito em que há limitação de movimentos. Exige-se, portanto atenção redobrada, em todos os sentidos, *para não ter nenhum erro*. Para que o trabalho seja executado adequadamente, deve haver uma ação conjunta e uma interdependência:

...naquele momento é que tu não podes errar. Sabe, errar na saúde é uma situação delicada, mas qualquer erro pequeno, uma atenção, as vezes, mais simples de saúde, pode ser corrigido – e ali a gente não tem como corrigir, porque é realmente o limite da vida. (F.enf.07).

Aqui são três pessoas apenas, que são responsáveis, então, se uma daquelas pessoas falha, são duas que sobram. Se duas falharem [riso], só tem um pra dar conta e ele realmente não dá conta. Então o papel de cada um ali é bem importante. (M.med.05).

Apesar da disponibilidade de recursos tecnológicos eficazes na Uti móvel, torna-se cada vez maior a exigência e a responsabilidade entre os profissionais de saúde que prestam o atendimento. A integração de diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento em torno

de um objetivo comum torna-se fundamental para que a assistência ao paciente seja oportuna e livre de riscos⁽¹⁶⁾.

Eu acho assim, que a equipe tem que funcionar todos com o mesmo objetivo. Quando todo mundo funciona com o mesmo objetivo, as coisas todas acontecem... o nosso objetivo é único: paciente em risco de vida. (F.med.15).

Porque a vida dela está em nossas mãos, na equipe como um todo. Então a responsabilidade é muito grande. (F.enf.08).

Nesse sentido, deve haver uma integração de conhecimentos entre os profissionais a fim de se oferecer, ao paciente sob cuidados intensivos, uma assistência adequada. Para isso, é preciso que os profissionais demonstrem segurança por mais que o ambiente seja adverso, pois algumas situações tornam-se complicadas. A equipe é *reduzida e o paciente encontra-se dependente e grave:*

Quando temos uma situação adversa e eu vejo que um dos colegas está muito aflito, está muito ansioso eu sempre uso o termo calma, com calma, com calma. Mesmo que eu não esteja calmo, eu fico transmitindo verbalmente. Mesmo que seja uma situação limítrofe. (M.med.16)

Então você também tem que ter esse equilíbrio, essa confiança na sua equipe, no seu socorrista, no seu enfermeiro. Isso conta bastante também. (F.med.11)

Segurança eu acho que vai muito da sintonia da equipe (F.enf.05).

Há uma interdependência para que o trabalho seja realizado de forma harmoniosa e com isso tornam-se fundamentais as atitudes coerentes de todos os envolvidos. Portanto, *ao orientarem-se pela responsabilidade no trabalho em equipe*, tem-se um relacionamento de homogeneização, de parceria, no encontro de ações, em que há oportunidade de utilização de conhecimentos teóricos e práticos, tendo em vista a realização de um cuidado complexo, no limiar da vida.

... mas se todos naquele momento têm a mesma vontade de ajudar, sentem a mesma responsabilidade, parece que os esforços e o conhecimento, tudo se soma e resulta num atendimento excelente. (F.med.15)

O trabalho visto de forma interdisciplinar trás uma maior reciprocidade e uma troca de conhecimentos, consideram-se os saberes dos profissionais com formações diferentes sendo construídos de maneira partilhada⁽¹⁶⁾. É evidente

que podem surgir conflitos e olhares diferentes a respeito de um determinado assunto ou problema, pois ao compartilhar idéias, ações e reflexões, cada participante é ao mesmo tempo “ator” e “autor” do processo. A prática interdisciplinar nos envolve no processo de aprender a aprender⁽¹⁷⁾.

Aprender! Sempre aprender. Então deixa eu filosofar. Guimarães rosa: “Mestre não é quem ensina, mestre é quem aprende”. É isso. eu vou aprender até... e quero continuar aprendendo até parar de fazer medicina. E vou parar de fazer ela quando não tiver mais cérebro. (M.med.04).

Humildade eu não acho que é andar de cabeça baixa. Humildade é querer aprender, eu acho que é interessante essa troca, das informações. (F.enf.17).

O ambiente de trabalho torna-se aprendizagem para os profissionais que estão ali inseridos e isso faz com que haja uma rede de construção de saberes e a integração de diversos conhecimentos.

Eu gosto de trabalhar com pessoas que saibam coisas que eu não sei. Eu consigo aprender, como eu também posso transmitir alguma coisa, dentro do meu conhecimento, dentro da minha experiência (M.med.25).

Além da necessidade de aprender e da troca de conhecimentos, relacionar-se com o outro é essencial ao cuidar de paciente no limite da vida. A união, a parceria e o fortalecimento da confiança mútua tornam-se parte integrante dessa interação. Assim a proximidade e a relação de ajuda tornam o trabalho agradável e facilitam o desempenho das atividades. “Tratar-se uns aos outros como colegas implica em admitir um risco mútuo e estabelecer o senso de segurança para se enfrentar esse risco”⁽¹⁸⁾. Desse modo, não significa ter a mesma visão; as opiniões podem ser divergentes, é possível encarar e dialogar com o outro, sem restrições.

Todo mundo ter a mesma opinião é um negocio pavoroso, é tedioso, depressivo. (M.med.04).

Assim, o cuidado em UTI móvel necessita de um convívio social, de “estar lado a lado”, um sentimento de camaradagem e preocupação com o outro. As demandas de cuidado ao paciente naquele momento precisam ser supridas e isso depende desse companheirismo entre os profissionais de saúde para ser eficaz e de qualidade. Portanto, o clima de trabalho deve ser o mais cordial possível. Com as mudanças recentes nas políticas de saúde, o mercado de trabalho vem sinalizando para a

necessidade de profissionais capazes de trabalhar em equipe, dotados de conhecimento, atitudes e habilidades que possibilitem o alcance dos resultados esperados⁽¹⁷⁾.

Para finalizar, temos que no trabalho em equipe, devem ser considerados os aspectos subjetivos dos profissionais envolvidos no ato de cuidar no limite da vida, tornando-se de fundamental importância os vários significados denotados por esses profissionais: uniformidade, sincronia, interação, segurança e parceria no trabalho. A atuação coesa depende, em grande parte, da interação e da responsabilidade dos envolvidos. Pode-se afirmar que o trabalho em equipe na *uti móvel* é um trabalho interdisciplinar, com trocas de saberes e conhecimentos entre os profissionais.

A experiência do cuidar em *uti móvel*: complementaridade da vida pessoal e profissional

Nesta quarta dimensão, procuraremos descrever como os saberes, as experiências e vivências de cuidar influenciam as percepções e as representações do cuidar no limite da vida.

As representações do cuidar não são uma simples reprodução da realidade cotidiana, mas também uma construção individual e coletiva que comporta uma grande parte de autonomia. Partindo desta idéia, atrevemo-nos a referir que os indivíduos não são simples receptores e utilizadores da informação, mas seres ativos capazes de a produzir e criar. Por isso, as representações referem-se a uma forma específica de conhecimento prático que cada um de nós constrói, de modo a adequar o seu comportamento às situações do dia a dia, permitindo orientarmo-nos no mundo em que vivemos. As representações são um sistema de valores, de noções e de práticas que têm uma ampla vocação: a de instaurar uma ordem que dê aos indivíduos a possibilidade de se orientarem no seu meio social e material e de o dominarem. Também de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade, de lhes pôr um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo, da sua história individual ou coletiva⁽⁴⁾.

A partir da análise das entrevistas, verificamos que os participantes convivem com vários sentimentos diante das situações vivenciadas que integram seu cotidiano de trabalho. Portanto, nesse ambiente ou espaço físico, onde acontecem as interações entre as pessoas, os sentimentos de alegria e tristeza, as dificuldades e situações imprevisíveis são vivenciados durante todo o tempo.

Eu acho que todos nós somos seres humanos, é impossível tu

ver uma situação, que foi lá quando eu peguei uma criança de nove anos já afogada no parque aquático, vê aquela situação toda, mãe chorando, uma criança que tinha toda a vida pela frente. Então assim, comove a gente. É impossível tu não sentires nada. Tu sentes, eu sinto. (F.enf.14)

Eu lembro o meu primeiro plantão no Samu. Eu fiquei emocionada, só o fato de estar na ambulância sabe! Eu nem lembro direito exatamente do que eu fui atender, mas eu lembro que eu estava na beira-mar e todos os carros abriam caminho para a gente passar e aquilo assim foi enchendo meus olhos de lágrimas. (F.enf.02)

O sujeito retrata que há momentos em que sente *vontade de chorar e se comove*. Quando o paciente está grave, é necessário um tempo maior para a realização de procedimentos. Deve-se considerar que, em alguns casos, o local não é o mais adequado para prestar o atendimento inicial ao paciente, como em vias públicas movimentadas e locais sinistros. No entanto, os profissionais necessitam manter a calma para realizar todos os procedimentos necessários. Esses sentimentos de *frustração e ansiedade são coisas bem humanas*, fazem parte do cotidiano de trabalho e permeiam as relações entre as pessoas.

Algumas vezes você não consegue o sucesso, que seria salvar a vida do paciente. Eu acho, na minha opinião, que muitos profissionais médicos se frustram por conta disso. (M.med.16)

No momento é sempre aquele momento de estresse, que aflora. Depois é que eu sinto aquele alívio de missão cumprida. (F.enf.02).

Nos momentos críticos, torna-se difícil lidar com as emoções, concentrar-se no trabalho a ser realizado diante das mais variadas situações. Assim, os profissionais de saúde demonstram uma exigência grande com eles próprios.

Eu procuro ser o mais profissional possível. Não deixo a minha parte emocional atrapalhar o lado profissional. (F.enf.14)

Eu dou o máximo de mim naquela hora do atendimento. (F.enf.05).

O ambiente restrito, em que atuam e a equipe reduzida fazem com

que os profissionais que atuam em Utis móveis se sintam inseguros. As incertezas estão presentes a todo o momento. Não se pode prever como o paciente será encontrado. Não se prevê a piora do quadro clínico. Assim, somos objetivamente impotentes porque não podemos, nem sequer precisamos fazer absolutamente nada. Em certa medida, o destino está momentaneamente, fora do nosso controle⁽¹⁹⁾.

A insegurança convive com a gente no dia_a_dia. Até porque a gente sai da base e não sabe o que a gente vai encontrar. Mas talvez seja isso que motiva, que dá um pouquinho de adrenalina ainda. É o desconhecido. O desconhecido gera medo, isso em qualquer lugar, qualquer que seja a profissão. (M.med.04)

Nós somos apenas um elemento de articulação dotado de um conhecimento e eu acho que nos é permitido salvar quando a caneta do destino escreve que é permitido salvar. Quando não é permitido salvar, quando a caneta do destino escreve que não é permitido salvar eu acho que o profissional tem que aceitar que tudo o que ele fizer, mesmo que ele tente fazer bem, não será bem sucedido. Isso não quer dizer que ele é um mal profissional, isso não quer dizer que ele não está suficientemente dotado dos conhecimentos científicos, que ele não usou todos os recursos ou que houve culpa em algum momento houve falha em alguma situação. É a caneta do destino. (M.med.16)

A *impotência* aparece diante dos olhos dos profissionais de saúde, em situações de fragilidade humana e percebe-se que não há como se ter o controle de tudo, principalmente em ambiente limitado fisicamente, como no caso das UTIs móveis. Com base nessas falas, pode-se compreender o estresse que faz parte dos atendimentos de urgência e que retrata a angústia do profissional de saúde diante do agravamento do paciente e de outras situações que possam ocorrer no cotidiano:

Me sinto tensa até manter todo o controle da situação. Até estar tudo bem na mão. Tem que fazer tudo que tem que ser feito, depois pra mim é tranquilo. Mas ate a hora em que tem que ser feito tudo, é estressante. (F.med.06).

Quando eu me deparo com aquela situação de gravidade, eu sinto aquele frio na barriga. (F.enf.02).

Estudos⁽²⁰⁾ apontam alguns fatores que desestimulam o trabalho entre os profissionais de saúde como a baixa remuneração, as longas

jornadas de trabalho, o relacionamento com a chefia e o estresse inerente ao trabalho em saúde. Em contrapartida, os participantes deste estudo citam os motivos que favorecem o trabalho. Os entrevistados expõem os motivos que lhes dão satisfação e ao mesmo tempo *prazer* em trabalhar com essa atividade.

Mesmo nessa situação é sempre uma grande satisfação, é um preenchimento espiritual. É uma profissão que enriquece o eu. Não é questão financeira, é o gostar de. (M.med.16)

Você abordar paciente grave tanto a nível de trauma, quanto a nível clínico é interessante, é motivador. (M.med.04).

Pra mim é uma honra. eu ter essa experiência e ter segurança de poder salvar uma vida. (F.enf.13).

A possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes e a possibilidade de salvar vidas humanas podem ser fontes de conforto e satisfação que contribuem para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores⁽²¹⁾. Geralmente, os profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência tendem a um forte sentimento de recompensa, portanto essa possibilidade de salvar vidas e poder aliviar a dor do outro tornam-se importantes motivadores.

Todos os dias as vezes a gente, ah fica desanimado, mas quando tu salva alguém, quando dá tudo certo num atendimento, tu volta com um outro clima, então eu acho que quem está aqui, já vivenciou isso, volta, vai e vem e ta sentindo a mesma coisa. E as vezes reclama porque esta faltando alguma coisa, várias condições de trabalho, mas ninguém tem coragem de deixar o Samu [fala emocionada]. (F.enf.02).

O nosso atendimento pode influenciar o risco de vida das pessoas de uma forma positiva. Nós podemos salvar vidas. (F.enf.01)

A gente gosta quando a gente vê que faz a diferença. (F.enf.02).

Nesse sentido, cria-se um espaço de realização profissional e pessoal que se soma à possibilidade de ajudar no sentido físico e psíquico. Nas entrevistas, observa-se o contentamento. *É uma alegria* para os profissionais de saúde o cuidado no limite da vida, pois fazem o que gostam. Apesar da rapidez do atendimento, há sempre a busca pelo *querer fazer o melhor* e a preocupação em prestar uma assistência de

qualidade. Portanto, há uma relação de prazer que supera o sofrimento e o trabalho torna-se equilibrante⁽²³⁾. Os profissionais de saúde sentem-se úteis em levar *esperança*, no cuidado dos pacientes. Mesmo diante de situações imprevisíveis, os profissionais tentam encará-las de forma mais suave no ambiente de trabalho.

O cuidar de qualquer pessoa é importante, mas o cuidar da pessoa no limite da vida, assim, tu és fundamental naquele momento. A tua presença pode salvar alguém. (F.enf.02)

Eu me sinto fazendo o máximo, é o melhor que eu posso oferecer na minha profissão: cuidar de alguém em risco de vida. (F.enf.09).

Diante dessa multiplicidade de formas e dos diferentes olhares sobre a realidade, cada sujeito vivencia um cotidiano de trabalho rico em experiências, levando em conta também suas expectativas e valores culturais e pessoais. Deste modo, os profissionais de saúde também passam por situações que o levam a repensar sua própria existência. Pois lidam com a morte todo o tempo e com as situações de risco inerentes ao trabalho em UTI móvel. Portanto, se considerarmos o estresse cotidiano em que vivem tais profissionais no contato direto com o sofrimento e a morte, é fácil imaginar que também eles estejam vulneráveis a doença. Os profissionais de saúde, tanto quanto os pacientes, demandam apoio e suporte⁽²³⁾.

A gente não tem preparo emocional na faculdade. A gente não tem uma disciplina de psicologia, de auto-ajuda. A gente é preparada tecnicamente, sabe pegar acesso, sabe pegar veia, mas e a parte emocional? (F.enf.01)

Eu vejo assim, que em três anos de Samu eu ainda sinto quando morre um paciente na minha mão. (F.enf.13)

A gente pode surtar. (F.enf.13)

Nesse contexto, o profissional de saúde lida constantemente com sentimentos de frustração e impotência, além da proximidade com a morte. A morte é percebida de vários ângulos desde o ângulo técnico, do profissional de saúde, em relação ao agravamento do quadro clínico do paciente até a preocupação com a integridade física do profissional, levando em consideração o ambiente hostil em que atuam. Assim, as circunstâncias em que a vida está no limite passam a ser angustiantes no dia a dia de trabalho. A expressão dos sentimentos, nessa categoria,

denota o reconhecimento do ser-cuidador como ser humano: frágil, emotivo, sensível, mas racional. Pois, apesar da sensação de insegurança ante tais sentimentos, o profissional precisa de orientação, necessita incorporar valores éticos e saberes técnicos para enfrentar o grande desafio que conforma a modalidade de assistência no limite, entre a vida e a morte.

Porque é um trabalho que é difícil desse lado, porque a gente lida com vida e morte. Então, tem essa parte aí que as vezes, gera frustração. (F.med.07)

No cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde se deparam com situações diversas. O nascer e o morrer, são momentos distintos que marcam profundamente o ser humano. A vivência de cada profissional repercute muito no modo pelo qual consegue superar o medo, para que esse sofrimento não influencie o desempenho das atividades. Assim, lidar com o sofrimento implica, muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica se identificar com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela. Ou seja, conviver com o sofrimento gera sofrimento⁽²³⁾. O profissional de saúde torna-se participante do sofrimento do outro e vivencia, ao mesmo tempo, situações imprevisíveis no cotidiano. Portanto, as falas traduzem a necessidade do controle emocional, importante para o enfrentamento das situações.

Tu tens que estar muito bem. Tens que ter o outro lado muito bem equilibrado pra não se abalar. (F.med.06).

É um serviço pesado, é um serviço que exige muita... tem que ter um equilíbrio psicológico bom, pra você trabalhar em harmonia. (F.enf.09).

As vezes me sinto um pouco angustiada, porque as vezes tu quer chegar em casa e realmente falar. Tu precisas botar pra fora assim e não pode, pra não traumatizar quem esta dentro do lar. (F.enf.12).

Ao cuidar de pacientes no limite da vida, devem ser levadas em conta as ações, as palavras, as situações vividas diariamente no cotidiano. Diante da relevância dos aspectos pertinentes a essa categoria, conclui-se que o cuidar no limiar da vida para os profissionais de saúde, em seu cotidiano, é complexo. Comporta fatores que vão influenciar diretamente na motivação para se trabalhar nesse tipo de serviço. O cotidiano é parte integrante da realidade vivida; por isso, vale considerar as mais variadas nuances que o compõem. Da mesma forma que não há

como distanciar a relação dialética entre o prazer e sofrimento no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegarmos a esta fase do trabalho, torna-se importante lembrar que foi nosso objetivo realizar um estudo que nos permitisse compreender, como os profissionais de saúde representam o cuidar de pessoas em risco/limite da vida.

Dada a complexidade do tema, sentimos e acreditamos que este trabalho foi apenas uma etapa de uma longa caminhada, para a compreensão do fenômeno num mundo tão vasto como é o do cuidado a pacientes críticos. O caráter qualitativo do estudo permitiu-nos deste modo entrar no universo simbólico de enfermeiros e médicos, a que as representações dizem respeito.

A realização deste estudo permitiu mostrar que os profissionais de saúde que atuam em UTI móvel possuem diferentes interpretações a respeito do trabalho que realizam, permeadas de subjetividade. Demonstra uma visão mais sensível dos sentimentos presentes no dia a dia de trabalho dos profissionais que atuam em UTIs móveis. As reflexões feitas sobre as várias questões inerentes ao cuidado, no limiar da vida conduziu-nos a um tema central que versa sobre a Representação do cuidado no limiar da vida, resultado da intercepção de quatro categorias - eixos de análise: “o sentido do cuidado no limite da vida”, “a instituição: A uti móvel como espaço do cuidar” e “a experiência de cuidar em UTI móvel” e “O trabalho em equipe: orientando-se pela responsabilidade”.

No primeiro eixo – o sentido do cuidado no limite da vida, identificamos três sub-categorias que revelam como o cuidar é concebido, vivido e caracterizado pelos participantes da pesquisa. Encontramos asserções em três vertentes, onde o cuidado é visto como científico, técnico e relacional. No conjunto destas três vertentes se traduz o cuidado no limiar da vida e este precisa ser vivido em seu sentido mais amplo e integral pelos enfermeiros e médicos.

Na continuidade dessa reflexão, surge o segundo eixo de análise - a Instituição: a UTI móvel como espaço do cuidar, onde podemos constatar que os entrevistados percebem a UTI móvel com muitas particularidades, porém o cuidado/assistência por eles prestado tem suas raízes na terapia intensiva. Isso se deve em grande parte ao fato de que os pacientes atendidos são críticos e demandam uma assistência direta e dependente.

Decorrente deste processo de análise, surge o terceiro eixo – o

trabalho em equipe: orientando-se pela responsabilidade, onde identificamos asserções que nos permitiram perceber a dinâmica do trabalho ao cuidar no limite da vida. Os discursos dos participantes demonstram uma nova dimensão de trabalho que vai além da objetividade e da racionalidade, requer uniformidade, sincronia, interação, segurança e parceria no trabalho. Deste modo a atuação sincronizada e a cooperação de todos, durante o atendimento, fortalecem o elo da interação no desempenho do trabalho.

Por fim, surge o quarto e último eixo de análise – a experiência de cuidar em UTI móvel – através da qual se salientaram como os saberes, as experiências e as vivências de cuidar influenciam as percepções e as representações do cuidar no limite da vida. Observa-se que os momentos críticos vivenciados pelos profissionais estão permeados por sentimentos muitas vezes não exteriorizados no dia a dia, em um trabalho cansativo e desgastante em que se lida todo o tempo com o imprevisível, trazendo, conseqüentemente a sensação de impotência, diante das situações estressantes. Portanto, a todo o instante, esses profissionais de saúde vivenciam as contradições entre a razão e a emoção. Desse modo, apesar das condições desfavoráveis, do risco e da proximidade com a morte no cotidiano de trabalho, observa-se que os profissionais se sentem satisfeitos com a atividade exercida.

Trata-se de um estudo inicial e muitos aspectos encontrados neste trabalho merecem pesquisa e análise. Portanto, este estudo não se encerra aqui. Abrem-se espaços para novas discussões na área. A UTI móvel no cuidado de pacientes no limite da vida ainda é um desafio constante no cenário da saúde, considerando-se o ambiente peculiar de cuidado.

REFERENCIAS

- 1 Curry S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. *Nursing*. 1995; 94:26-30.
- 2 Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizada da enfermagem*. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 3 Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Tradução de Enes J. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002. 182p.
- 4 Giami A. *enfermeiras frente a Aids: representações e condutas, desafios e mudanças*. Canoas (RS): ULBRA; 1997.
- 5 Jodelet D. *Representações Sociais: Um domínio em expansão*. In:

Jodelet D, organizador. Representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.

6 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

7 Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. (São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 303-360.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Apresenta informações sobre o SAMU [internet]. [citado em 2010 Mar 10]. Disponível em: www.saude.gov.br/samu.

9 Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288p.

10 Nascimento KC, Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(2):215-221.

11 Erdmann AL. Sistema de cuidado de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPEL; 1996.

12 Morin, E. Ciência com consciência. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 350p.

13 Trías, Eugenio. Ética y condición humana. Ediciones Peninsula. 2000. 156p.

14 Rattón JLA. Medicina Intensiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1997.

15 Nazário NO. Fragmentos de uma construção do assistir em situações de urgência/ emergência. Florianópolis: Insular; 1999.136 p.

16 Alves M, Ramos FRS, Penna CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(3):323-331.

17 Alves M, Mello RA. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. Ciência, Cuidado e Saúde. 2006; 5(3): 299-308.

18 Senge PM. A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende. 25a. ed. Rio de Janeiro: Best Seller; 2009. 530 p.

19 Goldin A. Freud: como compreender e superar alguns medos e dificuldades do homem moderno. Rio de Janeiro: Nova fronteira; 1989. 141 p.

20 Pereira MCAP, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2001; 9(4):7-12.

21 Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Rev Eletrônica Enferm. 2007; 9(3):617-629.

22 Dejours C. A psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.144 p.

23 Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes; 2005.148p.

5.4 ARTIGO 4 - VISLUMBRANDO O CUIDAR NO LIMIAR DA VIDA PARA OS PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS

VISLUMBRANDO O CUIDADO NO LIMIAR DA VIDA PARA OS PROFISSIONAIS DE UTIS MÓVEIS

Keyla Cristiane do Nascimento¹

Alacoque Lorenzini Erdmann²

Resumo: Este estudo objetivou compreender o significado do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde, através das interações vivenciadas na rede de cuidado em UTI móvel. Utilizou como referencial metodológico a Grounded theory. Foram coletados dados por meio de entrevista com 28 participantes. O fenômeno Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis foi constituído a partir das categorias: Reconhecendo a Uti móvel como espaço do cuidar/relacionar-se; Refletindo sobre a manutenção da vida no cuidar em Uti móvel, Apontando elementos e necessidades do cuidar para além da técnica, Valorizando o trabalho em equipe na responsabilidade de cuidar e Contrastando os sentimentos na relação do cuidar intensivo. O cuidado no limiar da vida possui forma no interior de cada um e que os profissionais procuram, dentro das suas limitações, desenvolver um cuidado voltado para o paciente como um todo, mesmo tendo consciência da complexidade que envolve o cuidado humano.

Descritores: enfermagem; Pesquisa em enfermagem; Cuidados intensivos; Pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

O cuidado é um tema que incita a reflexão pela sua complexidade e desperta a solidariedade nas relações entre os cuidadores e seres cuidados. Dessa forma, o cuidado é a expressão de uma relação de

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Santa Catarina. Florianópolis (SC) Brasil. Endereço: Av. Lédio João Martins, 1290. Ed. Débora. Bl C. Apto 101. Kobrasol, São José (SC). Email: Keyla_nascimento@hotmail.com. Bolsista CAPES.

² Enfermeira. Doutora em filosofia da Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC) Brasil. Pesquisadora CNPq. Email : alacoque@newsite.com.br

interdependência, que só existe de fato dentro de um contexto de troca e de despertar para a vida⁽¹⁾. Assim, o ato de cuidar integra a racionalidade ao afeto. Envolve estratégias para completar o potencial de mudanças, de construção e re-construção de conhecimentos, de ruptura de paradigmas, tendo como foco a construção das diversas formas de cuidar.

Assim, há a necessidade de que os cuidadores conheçam melhor esta realidade, para que possam unir forma e conteúdo, quantidade e qualidade, razão e sensibilidade. Acredita-se que se possa cuidar melhor, confrontando e emancipando este cuidado, entendendo dialeticamente a realidade complexa para nela agir e cuidar.

Nessa linha, pode-se fazer também um chamamento para outro aspecto primordial, relacionado a produção de conhecimento. A partir da perspectiva com que se analisa a realidade empírica do cuidado e os seus diversos determinantes, teremos ou não uma rede de significação que possa refletir a complexidade do contexto em que se insere. Assim, “consoante à natureza dos conhecimentos utilizados, a sua exclusividade ou a sua diversidade, o seu dogmatismo ou a sua flexibilidade, a sua certeza rigorista ou a sua abertura a incerteza, ao novo, geram comportamentos ou condutas sociais”^(1:323).

O emaranhado de relações oriundas do desenvolvimento histórico-cultural leva a admitir que a sociedade, ao mesmo tempo em que busca os progressos, não se preparou para lidar com eles. Assim, a produção do conhecimento também sofre com as dificuldades conceituais comuns à área do saber e com as muitas mudanças na configuração mundial

Especificamente, as conquistas na área das ciências da vida e da saúde, nas últimas décadas, tem sido de efeitos impressionantes e suscitado nova atenção. Contudo, a pesquisa e aplicação dos avanços científicos não podem ser vistos restritos a uma ação científica, mas em sua universalidade, fundamentados num paradigma articulado com a realidade que leve ao respeito pela vida e pela dignidade humana. Por tratar de valores como a vida e a morte, o cuidado em prolongar a vida, as vivências do cuidado no limiar da vida se constitui na temática deste estudo. O cuidado no limiar da vida é o tema dos limites, do inesperado, da extrema contradição, do impensado e do repentino, do urgente, da emergência, do estresse, da finitude, da perda e da angústia.

Nessa linha, há que se lembrar da existência como um dos maiores mistérios da humanidade. Não o fato de existirmos como fenômeno da vida, mas o existir em sua consciência. Trata-se de um tema bastante complexo, pois indagamos freqüentemente: qual é a

fronteira entre a vida e a morte? Até onde vai o nosso cuidar enquanto profissionais que atuam em situações no limiar da vida? A complexidade em nosso contexto social tem induzido não só as várias ciências, mas também os profissionais, a buscarem novas respostas aos questionamentos advindos da própria sociedade.

Os profissionais que em seu cotidiano cuidam de pessoas no limiar da vida, vivem momentos de grandes certezas e incertezas, trilham ao mesmo tempo, caminhos de esperança e de desesperança. De um lado, a ciência avança em vertiginosa velocidade, oferecendo modalidades terapêuticas, que aumentam a perspectiva de vida das pessoas com detecção precoce de doenças, técnicas cirúrgicas modernas, objetivando a cura em potencial; de outro, a realidade muitas vezes dura da trajetória desta pessoa em seu processo de adoecer/morrer, o ferimento por armas, o inesperado acidente automobilístico, numa batalha onde nem sempre o restabelecimento da saúde é alcançado.

A escolha por trabalhar em unidades críticas, em especial Uti móvel, se deve ao fato de ser um campo de constante aprendizado pela diversidade de situações existentes, além disso, exige o pensar e o agir prontamente, pois se trabalha com situações extremas de vida e morte.

É notório que as unidades de terapia intensiva fixas/móveis são planejadas para prestar assistência especializada as pessoas em estado crítico, com risco de vida¹ e que exigem maior controle e assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Esses fatos justificam a introdução da tecnologia cada vez mais aprimorada na tentativa de - por meio de aparelhos - preservar e manter a vida do cliente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes, o que exigem profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados⁽²⁾.

A vivência em UTI possibilita-nos afirmar que essas unidades possuem características próprias e o cuidado se dá, num conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, dentre outros. As unidades de terapia intensiva móveis (Utis móveis) são totalmente diferentes de

¹ Há pelo menos duas explicações para o emprego de "risco de vida" no lugar de "risco de morte". A primeira delas se baseia no inegável horror que a palavra "morte" causa às pessoas, o que talvez nos faça fugir dela. A segunda explicação se assenta na idéia do cruzamento de construções ("Sua vida corre risco" com "Ele corre risco de vida", por exemplo) ou ainda na pura e simples omissão: "Correr o risco de [perder a] vida". O nome técnico em português dessa omissão (de termo que se subentende) é "elipse". A expressão "risco de vida" tem seu uso mais difundido em nossa língua. Publicado em 2001, o "Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea", da Academia das Ciências de Lisboa, dá "risco de vida" e "perigo iminente de morte" como expressões equivalentes, exemplificadas com esta frase: "O doente encontra-se em risco de vida".

outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares. A partir das vivências nesse ambiente, o cuidar desvela-se para cuidar além da competência técnica, para o cuidado humano, para o cuidado complexo⁽³⁾.

Se considerarmos que as várias maneiras de estar-no-mundo compreendem diferentes maneiras de cuidar, irei também me aproximar do significado deste cuidado que perpassa pelas Utis móveis, e em que dimensão ele fortalece ou não a luta pela vida, como esses profissionais significam este cuidado e em que bases ele se assenta.

A pertinência das crescentes indagações, provocações e/ou dilemas refletem, em última análise, o desejo de desenhar um novo significado para o cuidado de enfermagem a partir da teoria do limite e complexidade. Nessa expectativa proponho-me a buscar respostas por meio da construção de novos conhecimentos como a tese de doutoramento centrada na seguinte indagação: **Quais os significados de cuidar de pessoa em risco/limite de vida para os profissionais de saúde em UTI móvel a partir de suas experiências vivenciadas nesta rede de cuidado?**

O problema delimitado e a escolha da Grounded Theory, foram motivados primeiro pela relevância do tema Cuidar no Limite da Vida, um tema instigante e que se constitui um objeto adequado para a construção de uma teoria substantiva através da Grounded Theory, do qual procurou-se conhecer a dinâmica do fenômeno, através da análise das categorias representadas nas falas dos profissionais. Segundo porque, existencialmente, o cuidado esta conectado à minha vivência enquanto cuidadora e me levou a querer compreender como o cuidado emerge e interage nesta relação.

No campo limite da vida, ainda há muito a ser discutido e desvelado, principalmente, quando este é associado ao cuidado de enfermagem/saúde. É preciso que se multipliquem as iniciativas e que haja o suporte ao cuidado as pessoas com risco de vida, o qual gera, ainda, muita insegurança e dúvida.

No desejo de construir um referencial para a enfermagem, voltado para os significados do cuidado no limiar da vida esse estudo objetivou: **Compreender o significado do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde, através das interações vivenciadas na rede de cuidado em Uti móvel.**

METODOLOGIA

O presente estudo é fruto da tese intitulada “O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de

saúde”. Para alcançar o objetivo proposto, optamos pela Grounded Theory, como método de pesquisa. Trata-se de uma metodologia originalmente desenvolvida por sociólogos americanos, que se propuseram a elaborar uma teoria assentada nos dados a partir da exploração do fenômeno na realidade em que o mesmo se insere, sendo que a construção teórica explica a ação no contexto social⁽⁴⁻⁵⁾.

Pela Grounded Theory é possível acrescentar novas perspectivas e novos significados ao fenômeno, nesse caso o cuidado a pessoa no limite da vida, a fim de gerar um conhecimento complexo, consolidado e fundamentado essencialmente nos dados⁽⁴⁻⁵⁾.

A pesquisa teve início com o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob parecer no 112/2008. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 28 participantes e de duas perguntas iniciais: O que significa pra você cuidar de pessoas em risco de vida? O que você sente diante de situações em que há risco iminente de vida? O encaminhamento das demais questões foi direcionado pela pesquisadora, a partir das respostas dos entrevistados, levando-os a refletirem sobre suas vivências e o desenvolvimento do seu “cuidado intensivo” na experiência de atuar em Uti móvel.

Optou-se por iniciar a pesquisa com profissionais que atuam nas Utis móveis do Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) de Florianópolis, adotando os seguintes critérios de inclusão: estar formado 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 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 que profissionais – médicos/as e enfermeiros/as - pudessem expressar a vivência do cuidar em Uti móvel.

Deste modo, o primeiro grupo amostral foi composto por profissionais de saúde da referida instituição (médicos e enfermeiros). Para formar o segundo grupo amostral, composto pelos gestores de saúde do Serviço, foram consideradas as sugestões, idéias e dúvidas que emergiram dos dados codificados e analisados a partir do primeiro grupo. E, com as freqüentes referências a formação universitária recebida, optou-se por um terceiro momento. Deste modo, o terceiro grupo amostral foi formado por docentes universitários com o objetivo de esclarecer e relacionar os códigos que emergiram da análise dos grupos anteriores. A validação do modelo teórico, propriamente dito, foi efetivada com dois profissionais enfermeiros que atuam em Uti móvel de outro Estado brasileiro.

Assim que se iniciou a coleta de dados, procedeu-se a análise substantiva dos dados realizada em três etapas que ocorreram de forma concomitante, a saber: codificação aberta, axial e seletiva. Na fase de codificação aberta, os dados foram separados em partes distintas, sendo rigorosamente examinados linha à linha e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Nesta etapa, é realizada a conceituação, ou seja, uma representação abstrata de um fato, de um objeto, de uma ação/interação identificados como importante nos dados⁽⁴⁻⁵⁾.

A codificação axial é o momento de reagrupar os dados que foram divididos na codificação aberta e relacionar categorias às suas subcategorias. O fato de alguns códigos compartilharem características comuns ou significados permite que sejam agrupados sob conceitos mais abstratos, ou seja, subcategorias e categorias, possibilitando ao pesquisador reduzir o número de unidades com as quais trabalha⁽⁴⁻⁵⁾.

A última etapa é denominada codificação seletiva, ou seja, é o processo de integrar e refinar as categorias para que os resultados da pesquisa assumam a forma de teoria. É quando se torna possível desvelar a categoria central, isto é, uma categoria que expresse o tema da pesquisa, explicando sobre o que ela trata. Em seguida, chega o momento de rever o esquema teórico, na busca por consistência interna, e validar o esquema teórico⁽⁴⁻⁵⁾.

Para classificar e organizar conexões emergentes entre as categorias utilizou-se do modelo paradigmático⁽⁵⁾. Ele estabelece uma relação entre as categorias envolvendo, respectivamente, causa, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e conseqüências. É a conexão entre as categorias que permite a construção da teoria. A codificação e análise dos dados conduziram à identificação do tema central: Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em *Utis móveis*. A compreensão deste fenômeno foi construída por conceitos organizados em categorias que se apresentaram intimamente relacionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado no limite da vida como fenômeno dinâmico e complexo em *Utis móveis* emergiu a partir dos agrupamentos e interpretação das mensagens que os participantes expressaram durante as entrevistas, as quais formaram as seguintes categorias:

Reconhecendo a Uti móvel como espaço do cuidar/relacionar-se

Essa categoria apresenta-se como *contexto* das práticas de cuidado, nas quais o fenômeno desvelado ocorre, reconhecendo a Uti móvel como espaço na qual se desenvolvem as interações entre os profissionais de saúde com a pessoa em risco de vida. Na tentativa de se compreender o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, constata-se a necessidade de articular os diversos espaços em que ocorre o cuidado no limite da vida e conseqüentemente as condições existentes nesse tipo de trabalho. Assim, os entrevistados analisam esse ambiente de trabalho: *Eu acho que trabalhar numa Uti móvel é atender o mesmo tipo de paciente, num outro tipo de ambiente. Que é um ambiente diferente do ambiente hospitalar. O ambiente de atendimento é diferente; a gente atende o paciente numa via pública ou dentro da residência, a gente atende paciente dentro de uma ambulância, um veículo que também é diferente e na verdade você tem o compromisso e a responsabilidade de prestar a mesma assistência (M.med.20¹)*

Na fala anterior o entrevistado refere-se aos diferentes tipos de ambientes a que estão sujeitos a trabalhar. Seja na rua, no lar, na ambulância - tudo é diferente, tudo é novo. Deparam-se com outras rotinas, outros profissionais, outros equipamentos. A Uti móvel, veículo do tipo ambulância, é dinâmico, encontra-se em movimento e, em caso de intercorrências deve parar para que se realize algum procedimento. Os participantes, do estudo, apontam o espaço interno como restrito e deste modo, os equipamentos precisam estar sempre a mão.

As Utis móveis são utilizadas quando, através do chamado e triagem da regulação, conclui-se que a pessoa está em risco de vida, levando médicos, enfermeiros e socorristas até o local de atendimento, por um meio rápido e eficaz . Com isso, os profissionais de saúde que ali atuam, geralmente vivenciam situações imprevisíveis, além do cansaço físico e mental trazido pelo estresse. *É o limite de tudo, aqui tu não sabes o que vais encontrar. É o limite do espaço, dos equipamentos que teimam em não funcionar, da ambulância que nem sempre tem como parar (F.med.08). Na Uti, dentro da ambulância [...] a gente tem limitação dos espaços (F.enf.07)*

No ambiente de Uti móvel, os profissionais enfrentam situações por vezes imprevisíveis, evidenciadas nas falas dos sujeitos referente, às falhas com os equipamentos, ao percurso de ambulância em estradas ruins, aos motoristas que não oferecem passagem para veículos de

¹ Para a identificação dos sujeitos, elaborou-se a seguinte escala de convenção: gênero F – feminino, M – masculino, seguido da categoria profissional: med – médico/a. Enf – enfermeiro/a e na seqüência a ordem dada as entrevistas: 01, 02, 03, 04... Ex: F.enf.04

emergências, constituindo-se em dificuldades para que as intervenções desses profissionais de saúde tenham qualidade. Apesar de todos esses desafios, e mesmo em condições não ideais de trabalho, o cuidado se configura como essencial e constitui parte do cotidiano. *Eu acho que quando a gente trabalha nesse serviço, trabalha porque gosta. Se a gente gosta, a gente tem uma possibilidade de fazer alguma coisa pra vencer esses desafios (F.med.15).*

Entende-se que, no cuidado em Utis móveis, não há como desvincular a importância dos equipamentos de monitorização do atendimento ao paciente. Entretanto, deve-se considerar que o ambiente constitui o eixo central do cuidado prestado, pois “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude”^(6:33).

A medida que fomos mergulhando nos depoimentos, começamos a perceber que os profissionais que cuidam em Uti móvel encontram-se imersos no profundo anseio de manter a vida daquelas pessoas sob seus cuidados

Refletindo sobre a manutenção da vida no cuidar em Uti móvel

Essa categoria é considerada a *condição causal* na qual o fenômeno *Vislumbrando o cuidado no limite da vida como processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis* ocorre, reconhecendo a manutenção da vida como possível determinante das interações e dinamicidades do cuidado no limite da vida.

Ao prestar o cuidado intensivo em Utis móveis, os profissionais reconhecem ser necessário haver a sensibilidade e humanização para atender a pessoa em seu limiar da vida, porém direcionam seu olhar para a necessidade vital e primordial do ser humano que é a busca da manutenção da vida. Nas codificações das entrevistas, pudemos perceber que esse valor, comum a todo ser vivo, se faz presente de maneira marcante como eles referem o seu entendimento do cuidar, visto que no ambiente da Uti móvel, esse bem vital se evidencia na sua fragilidade. *[Cuidar de pessoas em risco de vida] Um conjunto de atos, um conjunto de técnicas um conjunto de tudo que é usado dentro da Unidade, para fazer com que aquela pessoa que está ali saia com vida. Faz parte do processo de cura dessa paciente, para ser devolvido sã e salvo para sua família novamente (M.med.22). Nos cuidados que eu posso tomar, pra deixá-la viva e da melhor maneira possível (F.med.08). Eu costumava ver logo a questão fisiopatológica da vítima para ver até onde eu podia abordar (F.med.24) O que ele precisa? Ele precisa respirar, ele precisa ter uma circulação, manter a bomba cardíaca funcionando? (F.med.15)*

Nessas declarações, esses profissionais mostraram que a primeira preocupação diante do paciente é proporcionar a cura física.

No momento em que se aproximam do paciente, procuram detectar as alterações fitopatológicas que o doente apresenta, tanto através da observação como com a utilização de equipamentos que dão suporte as suas ações. Ao perceberem as necessidades prioritárias do paciente, realizam procedimentos direcionados para aquela situação, procurando agir com rapidez e eficácia para a re-estabilização do paciente.

A preocupação com o restabelecimento das funções vitais do paciente é acentuado e destacam, ainda, que suas ações se diferenciam dependendo do nível de consciência do paciente. Afirmam que aqueles que se encontram conscientes e tem condições de expor suas queixas através da comunicação, recebem um cuidado global envolvendo aspectos bio-psico-sociais, enquanto que com os sedados ou com nível de consciência rebaixados e que não conseguem se expressar, seu olhar de cuidado está voltado as alterações bio-fisiológicas. *Varia de paciente pra paciente [...] porque se ele estiver conciente, você já consegue conversar, saber do que ele está precisando. Quando ele está inconsciente vai depender dos parâmetros vitais (F.enf.17)*

Deste modo, o processo de cuidar para manter a vida em Uti móvel se dá em detrimento das condições do paciente em manter um diálogo. Apesar da necessidade constante desse olhar bio-fisiológico, os profissionais também insinuam uma empatia pela face humana do cuidar, desencadeando assim, considerações para as necessidades singulares da pessoa no limiar da vida sob seus cuidados, como na categoria que se segue.

Apontando elementos e necessidades do cuidar para além da técnica

Essa categoria faz parte das *estratégias* das práticas de cuidado que emergiram das subcategorias: Reconhecendo a necessidade do preparo emocional para os profissionais de Utis móveis; Ressaltando a importância do preparo científico para o cuidar intensivo; Percebendo as necessidades sociais/emocionais dos pacientes; Demonstrando o cuidado intensivo humanizado. Essas subcategorias constituem-se em estratégias para melhorar a qualidade do cuidado no limiar da vida, facilitar a interatividade e perceber sua complexidade e dinamicidade nas práticas em saúde.

Podemos perceber que os profissionais, nas suas falas, extrapolam o reconhecimento da atenção ao bio-fisiológico e percebem a grandeza da dimensão de suas ações, visualizando que o outro é um ser complexo e que o atendimento às necessidades psicológicas e emocionais podem ser valorizadas na busca do restabelecimento do paciente. *Porque o cuidado pra mim é muito global, é muito... envolve tudo,*

desde a questão do cuidado psico-social, do cuidado corporal, afetivo, meu cuidado, meu auto-cuidado também (F.enf.03). Cuidado é tentar manter um bem estar (M.med.04). O ato de tu conversar com uma pessoa, de tu escutar uma pessoa, já é um cuidado. (F.enf.12). O cuidado seria zelar pelo bem estar físico, mental e emocional do paciente. As vezes ele só quer conversar, precisa desabafar, as vezes ele precisa é de um procedimento realmente (F.enf.21).

Nesses depoimentos, os profissionais enfatizam que o cuidado que vivenciam vai além do atendimento ao aspecto físico do paciente, pois reconhecem a importância dos atos de afeto e atenção para com a pessoa sob seus cuidados. Eles enfatizam que o cuidado engloba ações que buscam o equilíbrio entre a técnica, o lado fisiológico e as dimensões subjetivas do ser que ora se encontra em condição crítica.

Percebemos que eles reconhecem a necessidade de cuidar do paciente de uma maneira humanizada, além de saberem como fazer para alcançar essa dimensão. Isso se faz de maneira muito clara nos depoimentos, segundo eles, através do dialogar, do ouvir, tocar, propiciar alívio e bem-estar, do se envolver.

Assim, nos processos de cuidado a pessoa no limiar da vida, são observados atos de afetividade, paciência, afeição e respeito com os pacientes por parte da equipe profissional. Esses elementos - enfatizados no cuidado humanizado são a base fundamental para o cuidado interativo, dinâmico e complexo, pois o mesmo precisa ser sentido, vivido e experienciado.

Saltando os elementos subjetivos do cuidar, o preparo científico enquanto subcategoria, se refere às informações, ao ensino e aos programas de educação formal e informal, como uma necessidade do cuidar intensivo em Uti móvel. A educação em saúde não pode estar alheia às transformações que estão ocorrendo no mundo. Mola propulsora da busca conhecimento, o preparo científico é fundamental para a evolução da sociedade; não há como dissociar o cuidado da educação⁽⁷⁾. O cuidado educativo deve despertar no profissional o senso crítico, o espírito de cidadania e o estímulo para a busca de novos horizontes.

Essa subcategoria evidenciada nos discursos dos participantes, caracteriza o profissional, enquanto ser inacabado, cheio de possibilidades de aprendizado, precisando crescer e se aprimorar para assegurar um cuidado autêntico e qualificado para consigo e para com o outro.

Com o passar dos anos, aumenta a complexidade do cuidar, o nível de exigência do paciente e dos próprios profissionais se alteram, chegam novas tecnologias e as expectativas do profissional em relação

ao trabalho se modificam. Nesse sentido, sem o aprendizado e a experiência, torna-se impossível evoluir enquanto profissional. *Deveria existir uma capacitação em serviço, na verdade eu acho que, a gente começou com um nível de formação, que eu julgo que não é apropriada. A gente aprendeu com prática, com os pacientes. Acertamos muitas vezes, mas também erramos (F.med.11) Porque o nível de complexidade dos atendimentos vai crescendo. A gente tem demandas distintas e toda vez que somos acionados é um grande desafio. Então é essa é a questão estar sempre aprendendo e buscar a se adaptar as novas tecnologias. É isso que a gente tem que perceber. Estudar é pra vida toda (F.enf.23). Falta educação continuada para homogeneizar esse tipo de atendimento (F.enf.02).*

O cuidado deve estar pautado no conhecimento técnico-científico e este só pode ser qualificado à medida que se realiza educação em serviço. Sendo, pois, necessário proporcionar ao cuidador 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 o seu desenvolvimento e o seu envolvimento no cuidado com o outro.

Com todos os desafios vividos no cotidiano do cuidar da pessoa em risco de vida, pode-se dizer que há uma grande preocupação dos profissionais em relação aos aspectos técnico-científicos. Grande parte desses profissionais aprendeu, na prática, o sentido do cuidado que realizam hoje, em uma construção conjunta e integrada. Referem ainda, que sempre haverá uma situação de desafio, a ser confrontado a cada dia pelos profissionais.

Além do preparo científico, evidenciou-se ainda, como os profissionais se sentem em relação ao seu preparo emocional para agir em situações de estresse e pressões psicológicas, tendo em vista as peculiaridades do cuidado intensivo nesse Serviço. *A gente não tem preparo emocional na faculdade. A gente não tem uma disciplina de psicologia, de auto-ajuda. A universidade deixa a desejar nesse lado, o preparo emocional. A gente é preparada tecnicamente, sabe pegar acesso, sabe pegar veia, mas a parte emocional? (F.enf.14) Quando comecei a trabalhar em Uti móvel senti bastante dificuldade [...] o atendimento na rua é muito diferente [...] a gente tem que lidar com o paciente, com a população, com os familiares, com a cena tudo ao mesmo tempo. Tem que ter um preparo mais emocional que técnico, lidar com situações que estão no limiar da paciência [...] as pessoas se mentem, tentam ajudar, tem que ter muito equilíbrio emocional pra estar aqui (F.med.08).*

Apesar da percepção da necessidade de preparo psicológico por parte de alguns sujeitos do estudo, não são todos os profissionais que

corroboram com essa afirmação. A ideologia de salvar a todo custo impede a compreensão e valorização de aspectos subjetivos que estejam ocorrendo, como podemos observar no relato: “*as necessidades emocionais são importantes, mas, no momento, o que é importante é focar no atendimento objetivo, na criação de protocolos e no tratamento adequando para cada caso*” (M.med.22). Encontrei ainda, em um dos relatos, a seguinte indagação: “*Num serviço baseado em protocolos e atendimento sistematizado, como agregar o amparo emocional?*” (F.enf.23).

Os relatos revelam a existência de apontamentos por parte dos profissionais do Serviço para as necessidades de mudanças em relação ao preparo emocional, considerando os desafios do dia-a-dia, porém a falta de uma gestão institucional volvida para os aspectos psicológicos somada a inoperância das atitudes individuais e de grupos resulta num vazio de apoio psicológico.

Se as educações em serviço existentes são apontadas como insuficientes pelos sujeitos do estudo; se nas práticas do cuidar da pessoa em risco de vida há ausência de auxílios psicológicos, então podemos reconhecer que existe aí um vácuo paradoxal que precisa ser mais pesquisado para melhor intervir nesta realidade.

Estas vivências/experiências nos cuidados intensivos coloca a fragilidade de recursos teóricos, práticos, pessoais e institucionais, uma vez que a questão dos auxílios psicológicos não é abordada institucionalmente, ou melhor, até podem ser abordados, mas como expressão de interesse e sensibilidades individuais. Então, se os profissionais consideram relevante contar com um espaço de capacitação para lidar com a demanda das emoções, reconhecem a importância de estratégias para cuidar de si próprios, reconhecem a necessidade do trabalho em grupo para troca de informações e sentimentos, por que isto tudo não é viabilizado?

Os depoimentos são reveladores da intenção dirigida desses profissionais para os aspectos de preparo científicos e emocionais vivenciados em Uti móvel. Tudo isso leva esses profissionais a uma diversidade de sentimentos vividos e experienciados no seu cotidiano do cuidar em Uti móvel. Sentimentos ambíguos e conflitantes que aparecem quando eles e encontram diante de situações, nas quais o limiar da vida se mostra presente.

Contrastando os sentimentos na relação do cuidar intensivo

Essa categoria apresenta-se como *interveniência* para o alcance de práticas de cuidados intensivos essenciais em Uti móvel. Ao desvelar o significado da ação vivencial dos profissionais neste

contexto, trouxemos a tona uma gama de sentimentos por eles expressados como permeando o seu cuidar. Sentimentos estes que os gratificam e os fazem sentir-se realizados profissionalmente, mas também os levam a frustrações e angústias. Nessa perspectiva, as subcategorias que convergem para essa categoria são: compreendendo o cuidado no limiar da vida como gerador de angústia e sofrimento; e, percebendo o cuidado intensivo em Uti móvel como forma de realização profissional e gratificação. Essas subcategorias refletem a ambigüidade de sentimentos nas relações de cuidar, pois apesar das dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho em Uti móvel, esses profissionais sentem-se recompensados por exercerem a sua profissão na plenitude ao aliviarem a dor e o sofrimento de outros seres humanos. *Eu acho que quando você presta um cuidado e você vê que aquele seu cuidado vai trazer uma melhora para aquele paciente, que você está ajudando a um ser humano, é gratificante [...] vê um paciente que esteve a beira da morte, sair (F.med.15). Apesar de todo o estresse que temos nessa profissão, do desgaste, do pouco reconhecimento da população [...] porque o nosso Serviço não é reconhecido quanto merecia. Mas assim, é gratificante você ver o quanto fazemos diferença, salvando vidas (F.med.24). Eu me sinto realizada enquanto enfermeira. É uma questão de realização profissional. E como pessoa também. Realização mesmo, de saber eu você está atuando, que você faz a diferença para aquela vida (F.enf.21)*

Nos discursos anteriores, os profissionais, de formas diferentes, expressão como se sentem ao vivenciarem o cuidado em Uti móvel. Vislumbram os efeitos benéficos originados no concreto do seu fazer, fazendo-os se sentirem úteis, gratificados e satisfeitos. Percebemos ainda no desvelar dos discursos, que existe uma relação estreita com a concepção altruísta da profissão no momento do cuidado. Ao cuidarem de pessoas em risco de vida, têm a sensação de serem cumpridores de seu dever e parecem satisfeitos com a escolha profissional. Outros relatos demonstram, ainda, enfoques religiosos e espirituais que permeiam a vida profissional de alguns participantes.

Apesar de todos os sentimentos positivos descritos nos relatos dos profissionais de saúde, sobre a experiência vivida no cuidar em Uti móvel, percebemos que, apesar de sentirem-se gratificados e satisfeitos em sua profissão e com seu trabalho em Uti móvel, apresentam também, sentimentos que podem interferir na efetivação de um cuidado intensivo. Em alguns momentos, ao realizarem seu cuidado, sentem-se frustrados e angustiados diante de situações que são peculiares a profissão perante a realidade do ambiente. *É muito angustiante quando você chega no atendimento e percebe que é uma doença que realmente não tem jeito. Que é uma doença terminal, é um paciente que realmente não vai melhorar muito*

alem daquilo, então, é angustiante tu ficares mantendo a vida desse jeito. Que qualidade de vida ele tem?(F.enf.01). É muito frustrante quando você chega e vê que não há mais nada que você possa fazer. Aquela vida se foi. Daí você tem que chegar para um pai ou uma mãe e dizer: sinto muito chegamos tarde [...] (F.enf.12)

Ao experienciarem momentos de sofrimento, e algumas vezes de impotência frente à finitude da vida, esses profissionais acabam se tornando angustiados, pois percebem que por mais que façam, se dediquem, se envolvam, não conseguem manter o paciente com vida ou com condições digna de vida.

Percebemos ainda, nas falas dos participantes, alusões feitas as questões éticas perante a morte iminente, pois relatam situações em que a insistência em manter a vida os deixam angustiados, uma vez que sentem como se estivessem prolongando o sofrimento e não a vida.

Corroborando os achados, outros estudos⁽⁸⁻⁹⁾ confirmam a interferência dos sentimentos nas relações do cuidado no limiar da vida dos profissionais que atuam nas Utis/Utis móveis e salientam a influência de suas emoções e sentimentos, pois afinal desejam fazer de tudo para evitar o sofrimento e a morte.

Valorizando o trabalho em equipe na responsabilidade de cuidar

Considerando-se o compromisso do cuidado prestado em Utis móveis, a responsabilidade deve ser compartilhada entre os profissionais de saúde. Desse modo, o cuidado intensivo é desencadeado pelo compromisso dos profissionais de saúde em interagir e compartilhar responsabilidades que são *consequência* do cuidar no limiar da vida. Sendo assim, a atuação sincronizada em equipe depende, em grande parte, da interação e da responsabilidade dos envolvidos, pois a atitude de cuidado causa preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade com o outro⁽⁶⁾. *Mas a gente atende paciente dentro de uma ambulância, um veículo e tal que também é diferente e na verdade você tem o compromisso e a responsabilidade de prestar a mesma assistência (M.med.22). Porque a vida dela está em nossas mãos, na equipe como um todo. Então a responsabilidade é muito grande (F.med.08). Tu olhas naquela hora ali e o paciente está nas tuas mãos, nas mãos da equipe que eu digo. É uma responsabilidade (F.enf.10).*

Percebemos nas falas imediatamente apontadas que existe uma relação estreita na responsabilidade de cuidar da pessoa em risco de vida com o trabalho em equipe. Sendo assim, as relações interdisciplinares são fatores que interferem diretamente na prestação de cuidados em Uti móvel. Positivamente, quando o grupo é coeso e

objetivo, e negativamente, quando existem atritos e falta de compromisso no trabalho.

Os profissionais que atuam nesse ambiente entendem que a UTI móvel já é estressante por natureza, já que convivem diariamente com as incertezas do processo de trabalho, a diminuição do espaço físico e equipe reduzida. Nesse sentido, o grupo que não se relaciona harmoniosamente, tende a sofrer, gerando um ambiente de trabalho conflitante e desmotivante, além de prejudicar a qualificação do cuidado aos pacientes e familiares acompanhantes. *Então tem que interagir a equipe, né? Interação da equipe, a sintonia ali, em todos os momentos [...] porque se isso não ocorre é um sofrimento muito grande pra todos (M.med.04)*

Dos discursos dos sujeitos, encontramos que o desempenho da equipe estará vinculado à: compreensão clara de seus objetivos, colaboração entre os vários membros da equipe interdisciplinar, percepção dos próprios papéis e a habilidade de comunicação entre os diferentes membros da equipe.

Além disso, o trabalho em UTI móvel necessita de um convívio social, de “estar lado a lado”, um sentimento de camaradagem e preocupação com o outro. As demandas do paciente naquele momento precisam ser supridas e o cuidado prestado depende desse companheirismo entre os profissionais de saúde para ser eficaz e de qualidade.

Os participantes falam da interação como algo que permeia o trabalho em equipe no Uti móvel; Ferreira define interação como: “ação integrada, participação, agir em conjunto”⁽¹⁰⁾. Assim, para que esse trabalho conjunto aconteça deve-se ter obrigatoriamente a colaboração de todos os membros da equipe. *Porque aqui a equipe é reduzida. Então acho que, a cumplicidade de você com o médico é fundamental! E às vezes, o olho no olho funciona, você não precisa nem perguntar, só de olhar as pessoas conseguem se interagir (F.enf.07).*

Percebe-se que os sentimentos de cooperação e cumplicidade entre os profissionais promovem o crescimento profissional e transformam o trabalho em algo mais prazeroso: *É como um casamento móvel. Eu estou casada com o meu enfermeiro ou com a minha enfermeira. E a gente tem que ter uma sincronia muito grande muito boa, principalmente nos casos de maior gravidade. Então o casamento tem que dar certo! (M.med.04)*

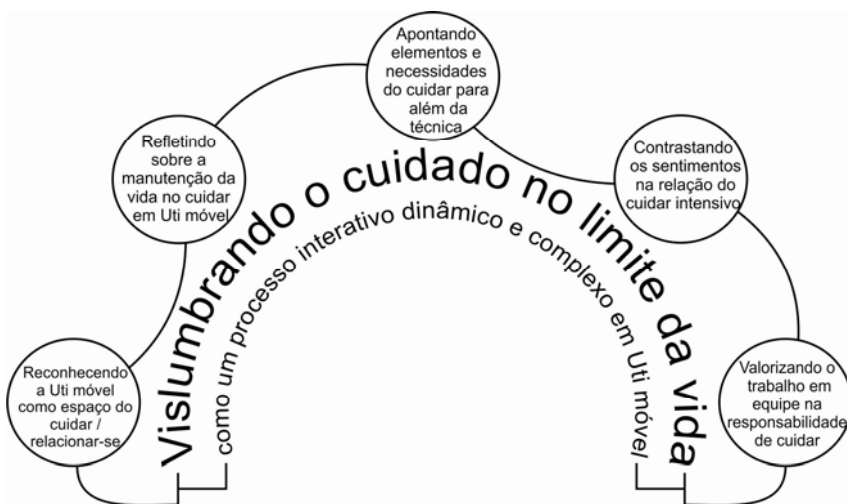
Analogicamente o *casamento* traduz uma forma de interação entre os profissionais de saúde, não significa falar do casamento que existe sócio-culturalmente entre duas pessoas e sim algo que simboliza parceria, união e cumplicidade. A percepção do participante a respeito do casamento faz com que atribua um significado único a essa vivência

pessoal. Portanto, falar a respeito do casamento é reunir todos os aspectos citados de interação, companheirismo e confiança, primordiais no trabalho em equipe.

Diante da relevância dos aspectos pertinentes a essas categorias, conclui-se que o cuidado a pessoa no limiar da vida para os profissionais de saúde, nas suas vivências em Utis móveis, é complexo, dinâmico e interativo. Comporta fatores que vão influenciar diretamente na motivação para se trabalhar nesse tipo de ambiente. A Uti móvel nesse contexto é parte integrante da realidade vivida; por isso, vale considerar as mais variadas nuances que o compõem. Da mesma forma, não há como distanciar a manutenção da vida como determinante das interações e dinamicidades do cuidar intensivo e complexo em Uti móvel. Diante dessa multiplicidade de formas e dos diferentes olhares sobre a realidade que cada sujeito vivencia, levam-se em conta, também, os elementos e as necessidades apontadas por esses profissionais para o cuidado intensivo além da técnica.

Assim, a organização das inter-relações entre as categorias encontradas apontaram à conformação do fenômeno *Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis*, representado pela Figura 1.

Figura 1: Apresentando o fenômeno *Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis*. Novembro, 2010.



Este processo interativo, dinâmico e complexo se instala quando se Reconhece a Uti móvel como espaço do cuidar/relacionar-se (contexto), cujas atividades realizadas permitem Contrastar os sentimentos na relação do cuidar intensivo (condição interveniente) e Valorizar o trabalho em equipe na responsabilidade de cuidar (conseqüência). Ao experienciar esse processo, reconhece-se a sua importância, Refletindo sobre a manutenção da vida no cuidar (conseqüência), Apontando para os elementos e necessidades do cuidar para além da técnica (estratégia).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos com esse estudo compreender a vivência dos profissionais de saúde com o cuidado intensivo em Uti móvel. Ao realizarmos a descrição do fenômeno experienciado pelos participantes dessa pesquisa, faz-se necessário voltar ao início do estudo de onde surgiu nossa inquietação para, novamente, nos orientar para a questão norteadora que foi: Qual o significado de cuidar de pessoa em risco/limite de vida para os profissionais de saúde em UTI móvel a partir de suas experiências vivenciadas nesta rede de cuidado?

O problema delimitado e a escolha da Grounded Theory, como metodologia, levaram-nos a explorar uma experiência de pesquisa voltada para a subjetividade da experiência humana. Desse modo, a compreensão do significado do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde, através das interações vivenciadas na rede de cuidado possibilitou desvelar o fenômeno Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis.

Na busca de conhecermos a estrutura do fenômeno vivenciado por esses profissionais em Utis móveis, vimos delineando cuidadosamente todos os sentidos apreendidos no decorrer das falas dos entrevistados. Podemos dizer que os profissionais focalizaram seu olhar no lado técnico/científico como também nos aspectos psíquicos e emocionais do ser humano e os sentimentos que afloram no íntimo desses profissionais nessa convivência que muitas vezes é permeada por intenso sofrimento.

Inicialmente, ao transcrever e ler os depoimentos, fomos percebendo a ênfase que os participantes davam ao aspecto biológico do cuidar no limiar da vida. Ver uma pessoa acometida por uma doença grave, ou uma situação de emergência leva os profissionais a esforçar-se em contemplá-lo em suas perspectivas e cuidar em primeira instância, procurando reverter ou amenizar os riscos a que eles estão expostos.

Quando uma pessoa necessita de cuidados intensivos por meio de Uti móvel, está vivendo um momento em que sua saúde encontra-se abalada. E, geralmente, o que se espera de uma Uti móvel é que ela consiga unir a tecnologia com a habilidade técnica dos profissionais em prol da permanência da vida do ser humano. Assim, percebemos que as ações dos profissionais direcionam-se, inicialmente, ao atendimento das necessidades manifestadas pelos pacientes sob seus cuidados.

Adentrando nas percepções desses profissionais sobre o seu cuidado, vimos que eles se encontram num emaranhado complexo de interações e dinamicidades, onde cuidar de uma pessoa no limiar da vida requer comprometimento e responsabilidade no trabalho em equipe.

Apreendemos ainda, da análise dos depoimentos, não ser apenas o paciente a se encontrar em situações frágeis. Esses profissionais também se encontram em situações angustiantes e de sofrimento, levando-os a vivenciarem sentimentos ambíguos no seu cotidiano. Da mesma forma, vimos no desvelar da vivência desses profissionais, que no seu fazer estão implícitas emoções que permeiam todas as suas ações, desvelando as dificuldades e frustrações em alcançar um cuidado que consiga vislumbrar no seu modo peculiar de ser. Ou seja, na tentativa de resgatar o cuidado humano na sua plenitude, contemplando o paciente em toda a sua complexidade.

Compreendemos que a vivência desses profissionais com o cuidar em Uti móvel é um processo em andamento e esforços vem sendo efetivados na busca dessa conquista. E que se desejarmos humanizar, precisamos aprofundar nossos conhecimentos acerca dos sentimentos experienciados pelos pacientes, nesse momento particular de sua existência.

Por fim, descrevemos como o fenômeno em estudo se estrutura na percepção desses profissionais. Podemos dizer que o cuidado no limiar da vida possui forma no interior de cada um e que eles procuram dentro das suas limitações desenvolver um cuidado voltado para o paciente como um todo, mesmo tendo consciência da complexidade que envolve o cuidado humano.

Na nossa compreensão, três pontos merecem discussões aprofundadas e favorecem a manutenção dessa prática. O primeiro deles é o modelo de saúde biologicista até hoje marcante e determinante de nossa maneira de cuidar, pois mantém um forte apelo ao individualismo. O segundo é a formação por nós recebida durante os anos de graduação. Reconhecemos que a formação profissional na área da saúde, pra dar conta de uma prática que é tão complexa, não se completa na graduação, todavia a educação universitária pode construir com os profissionais

médicos e enfermeiros na compreensão de que a própria prática pode ser o ambiente comum para desenvolver os conhecimentos técnicos, humanos e éticos por meio de educação em Serviço. O último ponto se refere a falta de uma gestão institucional volvida para os aspectos psicológicos, que estimule a criação de um espaço de capacitação para lidar com a demanda das emoções, reconhecendo a importância de estratégias para cuidar dos profissionais que cuidam, ou seja, cuidar de si próprios.

Como um autor⁽⁶⁾, o cuidado se torna um fenômeno na nossa consciência, se mostra na nossa experiência e se molda na nossa prática. Nesse sentido não se trata de pensar e falar sobre o cuidado como objetivo independente de nós. Mas de pensar e falar sobre o cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos.

REFERENCIAS

- 1 Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Portugal: Printipo; 1989.
- 2 Curry S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. *Nursing* 1995; 94:26-30.
- 3 Waldow VR. Cuidar: expressão humanizada da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 4 Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Thousand Oaks, CA: Sage; 1990.
- 5 Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288p.
- 6 Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 14. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
- 7 Watson J. Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002. 182p.
- 8 Trevisan EMB. M. A dinâmica satisfação-sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde à criança queimada: repercussão na qualidade de vida do trabalhador [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. 169p.
- 9 Almeida PJS, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o

sofrimento. Rev Eletron Enferm. 2007; 9(3):617-629.

10 Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.

5.5 ARTIGO 5 - ENSAIO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES E GROUDED THEORY NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM COMO PROPOSTAS METODOLÓGICAS

ENSAIO TEÓRICO: REPRESENTAÇÕES E GROUDED THEORY NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM COMO PROPOSTAS METODOLÓGICAS

Keyla Cristiane do Nascimento¹
Alacoque Lorenzini Erdmann²

RESUMO Este estudo teve como objetivo produzir um ensaio teórico de caráter analítico e descritivo acerca das Representações Sociais e da *Grounded Theory* como fundamentação teórico-metodológica de pesquisa nos cuidados em enfermagem. Discute-se acerca da pesquisa qualitativa em enfermagem e como a utilização dessas abordagens numa triangulação de métodos pode contribuir para o avanço científico da área de enfermagem. Conclui-se que a combinação de uma estratégia qualitativa de coleta de dados somada a uma abordagem de análise mostra-se apropriada para o estudo sobre o comportamento humano em enfermagem/saúde, uma vez que ambas, como pesquisas interpretativas, têm o potencial de sintetizar a maneira como as pessoas definem os eventos ou a realidade num determinado contexto e como agem em relação a suas crenças.

Descritores Enfermagem; Pesquisa qualitativa; cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem como profissão, envolve situações dicotômicas como ciência–arte, tecnologia – relacionamento humano, cura - cuidado, apontando para a importância de se pensar a complexidade da sua realidade – teórica e prática, de modo crítico. O conhecimento, crença verdadeira justificada, é sempre uma articulação entre uma teoria e a realidade empírica que transforma, pois ela supõe a possibilidade de ver,

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC) Brasil. Email: Keyla_nascimento@hotmail.com. Bolsista CAPES.

² Enfermeira. Doutora em filosofia da Enfermagem. Professora titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (SC) Brasil. Pesquisadora CNPq. Email : alacoque@newsite.com.br

explicar ou compreender um fenômeno como ele é. Se a realidade muda continuamente, e se continuamente novos instrumentos são construídos para intervir sobre ela, pode-se supor que poderemos, cada vez mais, vê-la e explicá-la melhor⁽¹⁾.

Para tornar seu saber fundamentado cientificamente, a Enfermagem tem se dedicado continuamente a diversas formas de pesquisa. Tendo em vista que o método científico deve ser adequado aos diferentes tipos de pesquisa, de acordo com o campo, com os sujeitos envolvidos e os objetivos que se pretende alcançar, e, devido às particularidades dessa profissão, faz-se necessário identificar métodos que sejam compatíveis aos seus fins.

Com a função de mostrar o “caminho das pedras” na pesquisa, a fundamentação teórico-metodológica ajuda-nos a refletir e instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo. A elaboração de um projeto de pesquisa e seu próprio desenvolvimento, seja ela uma dissertação ou tese, necessitam - para que seus resultados sejam satisfatórios - estar embasados em planejamento cuidadoso, reflexões conceituais sólidas, bem como, estarem alicerçados no conhecimento.

Pode-se dizer que pesquisar é um trabalho que envolve um planejamento análogo ao de um cozinheiro. Ao preparar um prato, o cozinheiro precisa saber o que ele quer fazer, obter os ingredientes, assegurar-se de que possui os utensílios necessários e cumprir as etapas requeridas no processo. Um prato será saboroso na medida do envolvimento do cozinheiro com o ato de cozinhar e de suas habilidades técnicas na cozinha⁽²⁾. O sucesso de uma pesquisa também dependerá do procedimento seguido, do seu envolvimento com a pesquisa e de sua habilidade em escolher o caminho para atingir os objetivos da pesquisa. A pesquisa é um trabalho em processo não totalmente controlável ou previsível. Adotar uma metodologia significa escolher um caminho, um percurso global a ser seguido.

Assim surgiu o interesse em elaborar este estudo, que pretende contribuir com estudantes e pesquisadores, em especial da área de enfermagem, ao apresentar idéias, reflexões e entendimentos a cerca dos referenciais teórico-metodológicos das Representações Sociais e *Grounded Theory*, que podem servir tanto de contrapeso como de alternativa ao que é veiculado sobre a pesquisa científica qualitativa em saúde.

Considerando a relevância e o modo como as pesquisas se desenvolvem, propõe-se o presente artigo a refletir como as pesquisas na área da enfermagem, utilizando os métodos da *Grounded Theory*, das

Representações Sociais e a sua combinação na perspectiva do cuidado, podem oferecer um maior nível de detalhamento e interpretação dentro de uma determinada situação ou contexto.

Este artigo tem por objetivo discutir as representações sociais e a *Grounded Theory* como fundamentação teórico-metodológica de pesquisa nos cuidados em enfermagem. Considerando esse objetivo, o procedimento metodológico refere-se à pesquisa teórica fundamentada em uma extensa revisão bibliográfica, resultado da tese de doutorado¹ que realizou uma investigação científica utilizando como base metodológica os métodos de análise mencionados. Foram analisadas as publicações recentes, nacionais e internacionais, que se referem ao tema, sejam livros, periódicos, anais de congressos, relatórios de pesquisa e dissertações. Com base em tal investigação, elaborou-se o presente ensaio teórico de caráter analítico e descritivo.

Algumas considerações sobre pesquisas qualitativas em enfermagem

Entende-se a *Grounded Theory* (ou teoria fundamentada nos dados) e as representações sociais, no contexto da pesquisa qualitativa, não como meras técnicas, mas como métodos ou caminhos que denotam uma escolha do pesquisador por uma determinada forma de condução de sua investigação. A palavra método vem do grego *methodos*, composta do prefixo *meta*, que significa “através de, por meio de” e do sufixo *hodos*, que significa “via, caminho”⁽³⁾.

Sabe-se que as pesquisas de abordagem qualitativa têm contribuído muito para o campo científico, especialmente a partir da segunda metade do século XIX e início do século XX. Numa perspectiva qualitativa, o pesquisador no processo de ir a campo investigar o fenômeno a que se propõe, vai trilhando caminhos, e estes, configuram a forma como ele, posteriormente, irá articular os dados que são construídos neste caminhar. Essa forma de produção de conhecimento causou muita resistência no meio científico por se contrapor aos estudos tradicionais, em sua maioria de cunho quantitativo, e até então, muito prestigiados e reconhecidos. Durante um tempo, o que era considerado ciência por parte da comunidade científica tradicional eram as pesquisas que se propunham a um tipo de olhar: o da quantificação, da medida, do controle. Contudo, particularmente a partir

¹ Este artigo é fruto da tese de doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina intitulada: O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de saúde.

do XX, a perspectiva qualitativa tem tido mais espaço e aceitação no âmbito científico⁽⁴⁾.

Esses métodos de investigação são diferenciados do que até então existia, especialmente porque nasceram ancorados numa proposição política diferenciada, no que diz respeito ao compromisso com a análise de resultados de forma interpretativa e aberta, trazendo “uma” versão do fato, assim como a escolha por um modo de realização de estudos que aborde as pessoas, suas vidas, seus significados, suas histórias, seus pensamentos e opiniões⁽⁵⁾. Neste tipo de estudo, os participantes são tratados como seres únicos que atribuem significados a suas experiências provenientes do contexto da vida.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pelos modos de procurar informações de maneira sistemática, e costuma ser descrita como holística e naturalista⁽⁶⁾. Nas investigações qualitativas, ao invés de comparações numéricas e inferências estatísticas usadas para classificar dados quantitativos, os dados qualitativos são classificados por temas, conceitos, e/ou teorias, identificados e sintetizados a partir das descrições detalhadas de experiências e processos sociais compartilhados pelos participantes. Deste modo, as pesquisas desta natureza não dependem fortemente de análise estatística para suas inferências, ou de instrumentos fechados para a coleta de dados^(4,7).

Utilizada para ganhar novos *insights* em fenômenos, grupos, experiências relacionadas à saúde e doença, A pesquisa qualitativa é menos estruturada do que os estudos quantitativos e incluem principalmente múltiplas entrevistas em profundidade, observação participativa e diários de campo. Pesquisadores qualitativos estudam pessoas em ambientes naturais e tentam entender ou interpretar os significados que as pessoas atribuem às suas experiências⁽⁶⁾. Estes cenários naturais do sujeito é inequivocamente o campo onde ocorrerá a observação sem o controle de variáveis⁽⁸⁾.

Na metodologia qualitativa, o interesse do pesquisador volta-se para a busca das vivências e do *significado* do contexto da vida – matrizes de relações pessoa/pessoa/ambiente que surgem ao longo do cotidiano, porque estes tem um *papel organizador* nos seres humanos. O que as “matrizes de relações” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as “matrizes de relações” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos⁽⁸⁾.

Nas pesquisas em saúde, em particular na enfermagem,

conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para gerenciarmos o cuidado e deste modo melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos pacientes, assim como de seus familiares ou mesmo da equipe profissional de saúde.

Deste modo, em nosso entendimento a pesquisa qualitativa, em verdade, é um termo genérico que abrange múltiplos suportes teóricos e métodos de pesquisa. Empregando a abordagem qualitativa, com relação aos métodos e técnicas de pesquisa, os estudos qualitativos apresentam semelhanças e apontam para existência de uma infinidade de idéias de caráter teórico e filosófico no escopo da pesquisa qualitativa⁽⁷⁾. Estas alterações ocorrem pelas diferentes conceitualizações dos tipos de questões norteadoras, importantes para a compreensão do mundo em que vivemos. Verifica-se, que a *Grounded Theory* e as *Representações Sociais* são métodos comumente usados para conduzir as pesquisas qualitativas em enfermagem, dentre outras metodologias existentes, que neste artigo não serão tratadas, o que não desmerece sua relevância.

Representações Sociais e *Grounded Theory* como metodologias qualitativas

A análise de dados realizada para a construção da tese de doutorado, utilizando-se de triangulação metodológica, instigou a reflexão, e posteriormente, a elaboração deste trabalho com a finalidade de discutir as *Representações Sociais* e a *Grounded Theory* como metodologias de pesquisas no cuidado em saúde.

Com relação aos métodos de pesquisa, a literatura descreve a *Grounded Theory* e as *Representações Sociais* como tipos de pesquisas interpretativas. A *Grounded Theory* caracteriza-se como pesquisa interpretativa variante do interacionismo simbólico, enquanto que as representações sociais caracterizam-se como pesquisa interpretativa de cunho histórico/social.

O termo - pesquisa interpretativa - deriva tanto do reconhecimento básico dos processos interpretativos como dos cognitivos inerentes à vida social. Nesse sentido, a perspectiva interacionista emerge da interpretação, da percepção ou do significado que determinada situação/contexto ou objeto tem para um ator social. A sociedade é vista como uma entidade composta de indivíduos e de grupos em interação (consigo mesmos e com os outros), que compartilham sentidos ou significados sob a forma de compreensão e expectativas comuns⁽⁹⁾.

Fundamentadas nesses princípios da pesquisa interpretativa, observa-se que a *Grounded Theory* e as Representações Sociais são abordagens coerentes para os estudos sobre o comportamento humano, uma vez que sintetizam a maneira como as pessoas definem os eventos ou a realidade e como agem em relação a suas crenças.

Em face de tais observações, verifica-se que a associação entre essas duas abordagens se justifica, visto que ambas possuem a mesma orientação ontológica, ou seja, a interpretação como base da realidade para os atores sociais.

Representações Sociais

O conceito de *Representação Social* nasceu na sociologia e na antropologia, com Durkheim e Lévi-Bruhl, mas a Teoria das Representações Sociais propriamente dita, surgiu na França, com a publicação, em 1961, do estudo *La Psychanalyse son Image et son Public*, de Serge Moscovici. Nessa perspectiva, a representação social se concretiza através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano⁽¹⁰⁾. Partiu da concepção de Durkheim, que utilizava a expressão representação coletiva, em relação ao pensamento individual.

A tarefa de definição das representações sociais apresenta-se como significativamente complexa e difícil, tendo levado o próprio Moscovici, na obra em que a propôs, a destacar que se a sua realidade é fácil de captar, o mesmo não ocorre com seu conceito⁽¹¹⁾. Define-se ainda, como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e que contribui para construção de uma realidade comum a um conjunto social⁽¹²⁾. Tem-se que as representações sociais são o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica⁽¹³⁾.

Entende-se Representação Social como uma teoria ou ciência coletiva destinada à interpretação e intervenção no real, indo além do que é imediatamente dado na ciência ou na filosofia, da classificação de fatos e eventos. Seriam verdadeiras teorias coletivamente produzidas e construídas que se elaboram através das interações sociais, sujeito-sujeito e sujeito-instituição, num determinado tempo, em uma cultura e espaço próximo, na tentativa de tornar o estranho familiar e dar conta do real. No processo de interação social, o sujeito elabora o conhecimento, vai se socializando, reconstruindo valores e idéias que circulam na sociedade. Afirma Moscovici: "toda representação é de alguém tanto quanto de alguma coisa. É uma forma de conhecimento por meio da qual aquele que conhece se substitui no que é conhecido"⁽¹⁰⁾.

No final da década de 1980 e início dos anos 1990, principalmente devido aos abalos vividos pela tradição positivista e cartesiana, a Teoria das Representações Sociais, no campo da saúde, vem oferecendo novas possibilidades para lidar com a diversidade e complexidade do contexto social e da vida na sociedade moderna constituindo-se como um valioso suporte teórico para estudos nesse campo. Sua contribuição reside, principalmente, na compreensão da formação e consolidação de conceitos construídos e veiculados pelos sujeitos.

A elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser entendidos através dos processos de *objetivação* e *ancoragem* que compreendem a articulação entre conteúdo cognitivo e as determinações sócio-históricas em que surgem e circulam as representações⁽¹⁴⁾.

A objetivação, também denominada de objetificação, diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e tornam-se expressões de uma realidade pensada como natural, ou seja, corresponde a materialização das abstrações - a transformação em objeto do que é representado. A ancoragem, por sua vez, refere-se a compreensão da maneira pela qual o desconhecido ou o novo é incorporado às relações sociais, tornando familiar o que era estranho. Uma vez constituída uma representação, esta se converte em um organizador para as relações sociais⁽¹¹⁾.

De modo a especificar a proposição inicial de Moscovici, surgiram três abordagens complementares, quais sejam: a processual, proposta por Denise Jodelet; a relacional proposta por Willen Doise; e a estrutural, inicialmente denominada de teoria do núcleo central, de Jean-claude Abric⁽¹¹⁾. A abordagem estrutural das representações sociais foi a única das abordagens complementares que chegou a formalizar-se como uma teoria, tendo por isso, sido denominada de teoria do núcleo central.

Do ponto de vista estrutural da análise de dados, as representações são, então, organizadas em sistema central e sistema periférico, como partes constituintes da teoria do núcleo central. Essa organização estrutural de natureza hierárquica sugere que os sistemas de cognições interligadas distinguem-se quanto a sua natureza e funções relativas a representações.

O núcleo central (NC) é diretamente determinado pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com o objeto e, principalmente pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o contexto ideológico do grupo, o qual é marcado por condições históricas e sociais e vinculado à memória coletiva⁽¹⁵⁾. Esse

contexto constitui a base comum da representação, sendo indispensável a sua identificação para que se possa avaliar a homogeneidade de um grupo, ou seja, só se pode afirmar que dois ou mais grupos têm a mesma representação de um objeto se esses grupos partilharem o mesmo núcleo central⁽¹⁶⁾. Os elementos periféricos (EP) formam a parte operatória da representação sendo essenciais para o funcionamento e a dinâmica das representações. Cinco funções do sistema periférico são enfatizadas⁽¹³⁾: (a) *concretização do NC* em termos ancorados na realidade, imediatamente compreensíveis e transmissíveis; (b) *regulação*, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto; (c) *prescrição de comportamentos*, pois funcionam como esquemas organizados pelo NC orientando tomadas de posição; (d) *proteção do NC* sendo elementos essenciais nos mecanismos de defesa da significação central da representação; e (e) *modulações personalizadas*: pois é o sistema periférico que permite a elaboração de representações individualizadas relacionadas à história e às experiências pessoais do sujeito⁽¹³⁾.

A estruturação das representações sociais proporciona um corpo de proposições que contribui para que as teorias das representações se tornem mais heurísticas para a prática social e para a pesquisa⁽¹⁷⁾. Proporciona um refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das representações sendo o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica⁽¹⁶⁾.

Assim, o sistema central compreende as cognições que determinam a identidade da representação social, ou seja, sistemas centrais diferentes indicam representações diferentes e dão estabilidade à representação e são resistentes a mudança⁽¹⁶⁾. Enquanto isso, o sistema periférico, ou seja, os elementos não centrais, são mais abstratos e possuem natureza normativa, referem-se a esquemas de natureza mais funcional, descrevendo e determinando ações⁽¹⁶⁾. Os elementos do sistema periférico são mais instáveis, pois se modificam com facilidade devido a alterações no contexto dos grupos sociais e suas relações com algum objeto social, servindo de proteção para o sistema central, adaptando-se às alterações contextuais⁽¹⁶⁾.

A pesquisa em representações sociais utiliza-se de formas de coletas de dados variadas: entrevistas; questionários; técnicas de associação livre de palavras; observação participante; análise de documentos e de discursos; entre outros⁽¹²⁾. Deste modo, sua matéria-prima é constituída por recolhas de opinião e de atitudes individuais, sendo necessário reconstituir os princípios organizadores comuns aos

conjuntos de indivíduos, identificando-se os núcleos centrais e periféricos presentes na identidade da representação.

Compreendida a estruturação das representações sociais, destacamos sua relevância para a compreensão dos fenômenos em saúde não apenas numa perspectiva macroscópica, mas também para análises mais detalhadas de aspectos do cotidiano profissional, dos saberes, das práticas, das instituições organizacionais em saúde, das relações interpessoais, entre outros. Atualmente a teoria das representações sociais vem se difundindo nos meios acadêmicos brasileiros solidificando-se em diferentes domínios como História, Filosofia, Saúde e Educação. No Brasil, esse referencial vem se consolidando, sendo os autores mais estudados Moscovici, Jodelet, Abric, Flament, Sá, entre outros.

Grounded Theory

A metodologia da teoria fundamentada nos dados foi originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos: Barney Glaser e Anselm Strauss. Denominaram-na “*Grounded Theory*”⁽¹⁸⁾, e foi traduzida para o português como teoria fundamentada nos dados, visto que busca gerar teoria relacionada a uma situação particular, incorporando, particularmente, as ações, as interações e os processos das pessoas envolvidas.

Essa metodologia de pesquisa qualitativa foi desenvolvida no final da década de 1960 por Barney Glaser e Anselm Strauss, que combinavam o interacionismo simbólico com os métodos estatísticos aplicados à pesquisa sociológica. A intenção desses autores era ocupar uma lacuna na produção metodológica entre a elaboração de grandes sistemas teóricos e a pesquisa empírica⁽¹⁸⁾. Não se tratava de verificar, por meio de testes empíricos, o valor de verdade de enunciados observacionais, mas de aplicar uma teoria que é gerada indutivamente com base nos dados empíricos.

Posteriormente, já sem a participação de Glaser, a *Grounded Theory* foi aprimorada em uma obra que se tornou um clássico na metodologia qualitativa das ciências sociais⁽¹⁹⁾: *Qualitative analysis for social scientists*. Em 1990, Strauss faz uma articulação com Juliet Corbin, originando uma nova obra com enfoque mais próximo da sociologia compreensiva⁽²⁰⁾. Para eles, a *Grounded Theory* é um método de análise de dados, particularmente sensível a contextos, que permite a compreensão do sentido de determinadas situações.

Dessa forma, a teoria é descoberta, desenvolvida e verificada por meio da coleta e análise de dados referentes ao fenômeno

propriamente dito. No entanto, quando se fala de uma teoria que emerge dos dados, parece natural perguntar sobre esse tipo de teoria⁽²¹⁾. Deste modo, as teorias geradas podem ser formais ou substantivas, sendo que estas são desenvolvidas em áreas de pesquisa empírica. As formais existem no nível conceptual de interrogação, explicando um processo que transcende e deriva de varias teorias substantivas. As teorias substantivas procuram refletir a complexidade de uma realidade local com base nas experiências vividas por determinado grupo social. Além disso, são específicas, limitadas em seu escopo, ricas em detalhes e aplicáveis apenas dentro dos limites de um dado contexto social. Como a preocupação fundamental da *grounded theory* está em tentar evitar que idéias preconcebidas assumam o controle do processo de construção de novas teorias, a pesquisa não deve iniciar pela definição de uma estrutura teórico-analítica, mas, sim, com um problema geral concebido apenas em termos de *perspectivas disciplinares* mais amplas⁽²²⁾. Nesse sentido, a teoria fundamentada nos dados caracteriza-se como um método sistemático de coleta, organização e análise de dados que são extraídos do mundo empírico.

O processo de *Grounded Theory* tem início com a identificação de uma área de interesse e com a coleta de dados. Com relação à *coleta de dados*, a *Grounded Theory* compartilha algumas similaridades com outros métodos de pesquisa qualitativa, sendo as entrevistas as mais utilizadas. As entrevistas seguem, em geral, um plano determinado de ação e são empregadas quando se deseja obter informações em profundidade, podendo ser estruturadas ou não estruturadas⁽²²⁾. A entrevista estruturada, também denominada estandardizada ou padronizada, tem a premissa de que todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de perguntas, e as diferenças refletirão as diferenças entre os indivíduos. As questões devem ter o mesmo significado, podendo haver liberdade na escolha das palavras, na seqüência e no momento de fazê-las. Já na entrevista não estruturada, não padronizada ou não estandardizada, o entrevistador nem sempre tenta obter o mesmo tipo de resposta usando o mesmo tipo de perguntas. Tem sido referida como entrevista em profundidade, intensiva ou então denominada entrevista qualitativa⁽²¹⁾. O propósito é obter as informações com as próprias palavras dos respondentes, obter descrição das situações e elucidar detalhes. Outros métodos como observação (participativa ou não), grupos de foco, história de vida e análise de documentos podem ser utilizados na coleta de dados.

Segundo orientação, a *análise de dados* na *Grounded Theory* requer algumas etapas a serem seguidas, tais como: interação com os

dados, codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva e delimitação da teoria⁽²⁰⁾.

O primeiro momento do processo de análise consiste na interação com os dados, no qual o pesquisador deve realizar leituras minuciosas, que fornecerão as informações fundamentais que serão utilizadas no processo de codificação. Na codificação aberta, os dados transcritos devem ser examinados cuidadosamente, linha por linha, para que as propriedades e as dimensões possam ser extraídas e conceitualizadas em categorias. Vale ressaltar que, nesse processo, é comum o pesquisador deparar com questões imprevistas sobre as quais ele ainda não tinha “pensado”⁽²¹⁾. Portanto, a codificação torna-se um processo fundamentalmente criativo que inspira o pesquisador a examinar os aspectos “escondidos” dos fenômenos sob investigação. Nessa etapa, todos os dados são passíveis de uma codificação, cujos códigos podem ser agrupados por suas similaridades ou diferenças conceituais e designados como categorias. Depois de as categorias serem delimitadas e as subcategorias emergirem, o pesquisador notará dois tipos: aquelas categorias que ele mesmo construiu e as que foram abstraídas da linguagem de pesquisa.

O próximo passo da análise é denominado “codificação axial”, a qual representa um conjunto de procedimentos em que os dados são agrupados de novas formas, por meio das conexões entre as categorias⁽²⁰⁾. Nesse estágio, um referencial conceitual tentativo é gerado usando os dados como referência. O pesquisador tenta descobrir o principal problema na cena social, do ponto de vista dos atores ou sujeitos participantes do estudo, e como eles lidam com o problema. Além disso, as categorias já formadas são analisadas comparativamente, com o intuito de tentar identificar as mais significativas. Portanto, esse processo reduz o número de categorias, visto que estas se tornam mais organizadas e integradas.

Já a codificação seletiva visa à emergência da variável central, que representa o pivô ou o principal tema ao redor do qual todas as categorias giram. As condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias e conseqüências formam as relações teóricas pelas quais as categorias são relacionadas uma a outra e à categoria central⁽²³⁾. Esse procedimento força o pesquisador a desenvolver alguma estrutura teórica, que é denominada paradigma de análise. Nesse sentido, o uso de figuras ilustrativas do processo de codificação é proposto para facilitar a visualização das conexões, bem como o entendimento do leitor, tornando, assim, a descrição do processo de codificação menos abstrata⁽²¹⁾. Descobrir a categoria central, ao redor

da qual todas as outras categorias se integram, significa sintetizar toda a história construída com base nos dados obtidos, explicando as diferenças e as semelhanças do fenômeno estudado⁽²⁰⁾. Por fim, a delimitação da teoria consiste no momento em que pesquisador pode descobrir uniformidades no grupo original de categorias e formular a teoria com um grupo pequeno de conceitos de alta abstração, demarcando a terminologia e o texto. É importante também ressaltar que uma teoria fundamentada não é sempre e necessariamente construída exclusivamente com base nos dados coletados. Caso haja referências teóricas existentes que pareçam ser adequadas para o fenômeno que está sob investigação, elas não só podem, como devem ser utilizadas, refinadas, modificadas e adaptadas por meio da justaposição (ou contraposição) das observações feitas em campo⁽²⁰⁾. Portanto, todo o processo de pesquisa requer a construção de uma teoria partindo do nível concreto, descritivo dos dados até chegar a um nível mais abstrato, mais analítico/conceitual em que se estabelecem as categorias teóricas e as suas inter-relações.

Deste modo, a *Grounded Theory* constrói indutivamente uma teoria assentada nos dados, através de uma análise qualitativa destes e que, agregada ou relacionada a outras teorias, poderá acrescentar e trazer novos conhecimentos à área do fenômeno estudado. Seu objetivo não é rechaçar ou provar, mas sim acrescentar novas perspectivas ao entendimento do fenômeno.

A compreensão da ação humana está relacionada a descobertas de categorias relevantes e das relações existentes entre elas. As categorias surgem, a partir da visão e da compreensão do fenômeno, na perspectiva dos participantes do estudo, sabendo-se que são derivados de suas interações sociais. Nesse método, explora-se a diversidade da experiência humana e, com ela, desenvolvem-se teorias de médio alcance, que podem ampliar o conhecimento na enfermagem. É possível que, ao ampliar o conhecimento sobre um fenômeno, abordando aspectos que não foram ainda explorados ou analisando os já explorados por outros pesquisadores, porém com um outro enfoque, se construa um modelo teórico⁽²⁰⁾.

Aproximações Metodológicas

Estudos demonstram a compatibilidade dos métodos mistos ou múltiplos nas pesquisas em enfermagem⁽⁸⁾. A combinação de métodos oferece uma alternativa para a abordagem de problemas complexos da área de saúde, freqüentemente enfrentados pela disciplina enfermagem.

Método misto é o uso de duas ou mais *estratégias*, quantitativa e/ou

qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa⁽²⁴⁾. Dito de outra forma, métodos mistos se refere a um único estudo que utiliza *estratégias* múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitantemente ou sequencialmente. A *Triangulação* é o objetivo mais conhecido na utilização de métodos mistos. Refere-se à convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno⁽⁸⁾. A abordagem ou forma de coletar dados e/ou interpretar podem variar, deste modo, a triangulação pode se referir aos dados coletados, aos investigadores, a variação teórica e/ou metodológica. Triangulação de dados se refere à convergência ou corroboração de dados no mesmo fenômeno. Triangulação de investigador se refere à colaboração de dois ou mais investigadores para coletar e interpretar os dados. Triangulação teórica se refere ao uso de mais de um arcabouço teórico para guiar a conceitualização do estudo e a interpretação dos dados. Finalmente a triangulação metodológica se refere ao uso de mais de um método para coleta de dados⁽⁸⁾.

Sendo os referenciais teórico-metodológicos apresentados, ambos interpretativos, se baseiam fortemente na perspectiva interacionista, da percepção que determinado contexto ou objeto tem para um ator social. As Representações Sociais focam-se nas interações de relevância histórico/social para uma determinada cultura e a *Grounded Theory* tem como princípio a compreensão do sentido de determinadas situações, o que a aproxima das representações sociais. Se combinados, podem oferecer um nível de detalhe e interpretação não disponível em outras metodologias.

Tendo apresentado as duas metodologias de pesquisa selecionadas como objeto de estudo e a triangulação possível nos métodos mistos, busca-se no item a seguir, articular a *Grounded Theory* e as Representações Sociais como metodologias de pesquisa enfermagem.

Representações Sociais e Grounded Theory como propostas metodológicas em Enfermagem

Sabemos que as realidades das interações são diferentes em cada contexto – organizacional, hospitalar, saúde coletiva – por isso, torna-se necessário um desenvolvimento teórico próprio para cada contexto do gerenciamento do cuidado em saúde. É nesse sentido que as metodologias qualitativas podem prestar grandes contribuições.

A teoria da Representação Social e a *Grounded Theory* tentam compreender os atores sociais em movimento. Sob esta concepção, os indivíduos não são apenas processadores de informações, nem meros

portadores de ideologias e crenças coletivas, mas pensadores ativos que estão mediante inumeráveis episódios cotidianos de interação social. Entende-se que a consciência da realidade não está expressa apenas no discurso declarado, assim, cabe ao pesquisador tentar compreender e revelar as entrelinhas nas falas dos atores, já que estas exteriorizam suas construções a cerca de dada realidade⁽²³⁾.

Dois fatores sustentam a proposição da combinação desses dois desenhos de pesquisa na análise de dados em enfermagem. O primeiro fator, refere-se a aproximação existente enquanto metodologias fundamentadas nos princípios interpretativos, como mencionado anteriormente. Além disso, observa-se o fato de ambas as teorias terem sido criadas por sociólogos, sendo oriundas fundamentalmente dos Estados Unidos e da Europa. A sociologia e a psicologia como áreas de conhecimento, caracterizam-se por fornecer modelos instrumentais para a descrição e previsão de comportamentos dos sujeitos. No Brasil, a utilização dessas teorias estende-se a diferentes áreas do saber, configurando-se em um tipo de conhecimento efetivamente interdisciplinar, que colabora com a explicação de problemas relevantes para a educação, saúde, meio ambiente, entre outros⁽²⁵⁾.

O segundo refere-se ao fato de que a teoria das representações faz uso de métodos sistemáticos para observar, analisar e compreender o fenômeno do conhecimento, valores e idéias que circulam na sociedade⁽¹²⁾. Porém, em vista da complexidade desse fenômeno, é freqüente nesse tipo de pesquisa a necessidade da utilização de outras abordagens metodológicas para a inovação das estratégias metodológicas de análise.

Para conhecer a estrutura cognitiva, desvelando a centralidade do núcleo central e das funções dos elementos periféricos na estrutura das representações das idéias que circulam no pensamento do sujeito e da sociedade, podem ainda, ser necessários, a aplicação de técnicas de análise sistemáticas e diferenciadas. Neste sentido, a Grounded Theory se sobressai como um método sistemático de coletar, organizar e analisar dados que são extraídos do mundo empírico, onde as enfermeiras desenvolvem a sua prática.

Ainda que na primeira fase de um estudo recorra-se a um recorte mais estreito e focalize-se um aspecto mais restrito das representações sociais, como no caso da abordagem estrutural, através da técnica de associação livre de palavras – TALP, a agilidade introduzida por programas como o EVOG (Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations) no processamento de evocações livres não vai além de um tratamento qualificado dos dados, que facilita,

mas não substitui o trabalho de interpretação⁽²⁵⁾. Continua na alçada do pesquisador fornecer a interpretação, explicar o seu porque, a articulação interna, a peculiaridade daquele conjunto de dados assim sistematizados e formular novas indagações.

Sistematizar os dados e construir categorias é uma tarefa complexa, que exige por parte do investigador, alguns cuidados. A construção de categorias exige que os elementos que a constituam sejam similares entre si, se diferenciem claramente dos elementos das outras categorias e que possuam claramente algo que as caracterize. Como o estudo das representações sugere a construção de categorias, que como se sabe é umas das bases das estruturas cognitivas, devemos ter esses cuidados. Encontrei na Grounded Theory, uma das formas de minimizar esses problemas, pois da análise dos dados sistemática, através da interação com os dados, codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva e delimitação da teoria, permitem refletir com o máximo de fidelidade e clareza o pensamento dos sujeitos.

Deste modo, se no contexto das representações sociais a complexidade de fenômenos estudados, requer, por vezes, a complementaridade de métodos, a Grounded Theory mostra-se como um desenho de pesquisa adequado, uma vez que adota uma metodologia sistematizada e constrói uma teoria própria, tomando como base os dados analisados.

A realização deste estudo permitiu inferências a respeito do grupo ou contexto social a partir dos significados percebidos nas declarações individuais fundamentados tanto na Teoria das Representações Sociais como na *Grounded Theory*. O fato de as representações focarem a vida social e os seus significados e ter interesse especial nas interações de um determinado grupo/contexto justifica a sua utilização no estudo das relações de troca, uma vez que as trocas fazem parte da nossa vida social. A utilização da *Grounded*, por sua vez, também se justifica por seu nas redes de relações/interações.

Como observado dos discursos teóricos analisados para compor esse estudo, não existe um esquema rígido de utilização. O pesquisador pode usar esta flexibilidade, entretanto fica o desafio de imprimir nitidez ao seu quadro teórico e a sua postura metodológica. A análise da empregabilidade dos métodos mistos em minha tese, demonstrou a peculiaridade de cada método e a influência determinante da sensibilidade e percepção necessárias ao pesquisador na (re)construção do significado embutido nos discursos coletados.

Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi discutir as Representações Sociais e a *Grounded Theory* como metodologias de pesquisa em Enfermagem e a sua combinação no percurso metodológico. A utilização de duas metodologias ou métodos mistos, através de triangulações, promovem novos *insight* e perspectiva de entendimento dos fenômenos na pesquisa em saúde. O uso de mais de um método oferece o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde. Atualmente, os enfermeiros precisam expandir seu entendimento sobre todos os métodos e todas as combinações de métodos de modo que estejam preparados a responder as perguntas que emergem de situações complexas no cuidado a saúde com as quais são confrontados.

Conforme discutido neste trabalho, a combinação de uma estratégia qualitativa de coleta de dados somado a uma estratégia de análise mostrou-se apropriada para o estudo sobre o comportamento humano em enfermagem/saúde, uma vez que ambas têm o potencial de sintetizar a maneira como as pessoas definem os eventos ou a realidade num determinado contexto e como agem em relação a suas crenças. Elas possibilitam um entendimento mais profundo do universo de significados, sistemas de crenças, valores, atitudes, padrões de interação e processos. Além disso, a reunião dos métodos mostrou-se útil para expandir a compreensão do objeto de estudo presente em minha tese, qual seja: o cuidado no limiar da vida, visto que nenhum método apresenta mais verdade do que outro, e permitem complementação. As Representações Sociais associada a *Grounded Theory* demonstraram grande importância no sentido, de permitir maior aproximação da realidade dos sujeitos pesquisados. Elas se mostram bastante adequadas, uma vez que proporcionam explicações holísticas e aprofundadas do contexto em foco.

Nessa concepção, acredita-se na possibilidade de construir uma abordagem teórica que leve em conta as subjetividades e as manifestações locais na geração de um conhecimento construído com base nas próprias necessidades percebidas.

Finalmente, não se pretendeu, neste trabalho, defender que apenas os métodos qualitativos são adequados à pesquisa em enfermagem. A natureza do objeto e a ancoragem do pesquisador determinarão a opção de análise e o desenho da pesquisa. Assim, há vezes em que a pesquisa qualitativa é adequada, e, em outras, a quantitativa é o caminho a ser seguido. Entretanto, há possibilidades de intercâmbios, confrontos e criação de uma identidade e de um espaço de convivência entre métodos, quer sejam qualitativos-qualitativos ou

qualitativos-quantitativos. Até porque a *Grounded Theory* e as Representações Sociais mesmo sendo desenhos qualitativos, não impedem o uso de dados quantitativos.

Referências

- 1 Leopardi M. Metodologia da pesquisa em saúde. 2. ed. rev. Florianópolis: UFSC; 2002.
- 2 Silva EL, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC; 2001. 121p.
- 3 Abbagnano, Nicola. Dicionário de filosofia. Tradução da 1. ed. coordenada por Alfredo Bosi. 4 ed. São Paulo: Martins fontes; 2003. P. 668.
- 4 Dias LMC, Costa CHF, Soares E, Moreira A. Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado. R. de Pesq.: cuidado é fundamental. 2004;8(1/2): 131-137.
- 5 Marcus, M. T.; Liehr, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: Lobiondowood, G.; Haber, J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 6 Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- 7 Polit, DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2004.
- 8 Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. Rev. Latino-am. Enferm. 2007; 15(4):684-688.
- 9 Haguete TMF. Metodologias, qualitativas na sociologia. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 1992.
- 10 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Trad. Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 11 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 12 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In:

Jodelet D, organizador. *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2002. p.17-44.

13 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.

14 Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. 292 p.

15 Mazzotti AJA. Representações da identidade docente: uma contribuição para a formação de políticas. *Ensaio: Avaliação em políticas públicas em educação*. 2007; 15: P. 579-594.

16 Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: Cultura e Qualidade; 1998. p. 27-38.

17 Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Jodelet D. *Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed.UERJ; 2001. p. 173-186.

18 Glasser B. Strauss, A. *Discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine; 1967.

19 Strauss AL. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press; 1987.

20 Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1990. 267p.

21 Strauss, A, Corbin, J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*/Anselm Strauss, Juliet Corbin; Tradução de Luciane de Oliveira Rocha. 2 ed. Porto alegre: Artmed, 2008. 288p.

22 Dey I. *Grounding grounded theory: guidelines for qualitative inquiry*. San Diego: Academic Press; 1999.

23 Yunes MAM, Szymanski, H. Entrevista reflexiva & grounded theory: estratégias metodológicas para compreensão da resiliência em famílias. *Rev Interamericana Psicologia*. 2005; 39(3): p.431-438.

24 Morse J. Principles of mixed methods and multimethod research design. In: Tashakkori Abbas, Teddlie Charles, editors. *Handbook of*

mixed methods in social & behavioral research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. p. 189-208.

25 Contarello A. Representações sociais e o mundo da ciência: gênero, número e caso em ciência e tecnologia e vida cotidiana. In: contribuições para a Teoria e o Método de Estudo das Representações sociais. Antonia Silva Paredes Moreira e Brigido Vizeu Camargo (organizadores). João pessoa: editora universitaria da UFPB, 2007. P. 203-222.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste estudo, sinto como se ainda houvesse muito do caminho a ser percorrido. A caminhada feita até aqui nos possibilitou descortinar as representações e vivências do cuidado no limiar da vida existente em Uti móvel e responder alguns dos questionamentos lançados no início da trajetória, porém, temos consciência de que outros permanecem como interrogações e que precisamos avançar, porque como profissionais e indivíduos inacabados que somos, dispomos da possibilidade de crescer, mudar, modificar, interferir na nossa realidade vivencial e profissional. Considerando a natureza do estudo e a descrição que culminou nesta tese, traçamos aqui algumas reflexões acerca do caminho percorrido, sem ter, no entanto, a intenção de esgotá-las.

Procurando responder as questões norteadoras – Quais os significados de cuidar de pessoa em risco/limite de vida para os profissionais de saúde em UTI móvel a partir de suas experiências vivenciadas nesta rede de cuidado? e Como os profissionais de saúde representam o cuidar de pessoas em risco/limite da vida? – desenvolvi o estudo junto aos profissionais que vivenciam o cuidado no limite da vida, utilizando como suporte teórico a teoria da complexidade e a Teoria do Limite de E. Trías (2000) e como suporte metodológico As Representações sociais e a Grounded theory (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008) para a interpretação e análise dos dados.

Neste sentido, buscou-se alcançar o seguinte objetivo: Compreender as representações e o significado do cuidar de pessoas no limiar da vida para profissionais de saúde, através das interações vivenciadas na rede de cuidado pelo referencial de Trias e da complexidade; e Construir uma teoria substantiva sobre a complexidade do cuidar de pessoas no limite da vida. Para a concretização deste objetivo, foi criado espaço para o diálogo e para a reflexão, onde ocorreram aprendizagens, trocas e descobertas. Neste tempo e neste espaço, buscou-se conhecer as vivências do cuidado no limiar da vida em Uti móvel.

Neste momento, passo a compartilhar o que foi, para mim, essa experiência de aproximação para compreender, na percepção dos profissionais, o cuidado no limiar da vida da sua prática. Mesmo dividindo com eles o espaço de trabalho como enfermeira, como pesquisadora foi uma experiência nova que me levou a observar certos acontecimentos sob novas perspectivas.

As representações sociais, por meio da abordagem estrutural da teoria das Representações Sociais e da Grounded Theory, levou-nos a explorar uma experiência de pesquisa voltada para a subjetividade da experiência humana ao desvelar peculiaridades do cuidado no limiar da vida presentes em Utis móveis.

A estratégia metodológica do EVOC 2003 permitiu-nos a organização das evocações no quadro de quatro casas por meio da qual encontramos a representação social dos profissionais (médicos e enfermeiros) da Uti móvel do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência sobre o cuidado a pessoa em risco de vida. No núcleo central, os elementos constituintes da estrutura representacional do cuidado intensivo em Uti móvel, evidenciou, pelas palavras urgência/emergência, conhecimento e responsabilidade, a imagem representada do cuidado a pessoa em risco de vida, pelos sujeitos. Os elementos *casos-graves e Uti* 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 foi, então, representado pelos profissionais 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 e dedicação no intuito de salvar vidas.

Na busca de conhecermos a estrutura do fenômeno vivenciado por esses profissionais em Uti móvel, optou-se pela Grounded Theory como suporte metodológico para análise dos dados. Assim, do processo de codificação dos discursos, vários códigos, subcategorias e categorias surgiram fazendo emergir o fenômeno: Vislumbrando o cuidado no limite da vida como um processo interativo, dinâmico e complexo em Utis móveis.

Adentrando na percepção desses profissionais, vimos delineando cuidadosamente todos os sentidos apreendidos no decorrer das falas dos entrevistados. Assim, podemos afirmar que os profissionais focalizaram seu olhar no lado técnico/científico como também nos aspectos psíquicos e emocionais do ser humano e os sentimentos que afloram no íntimo desses profissionais nessa convivência que muitas vezes é permeada por intenso sofrimento.

Inicialmente, ao transcrever e ler os depoimentos, fomos percebendo a ênfase que os participantes davam ao aspecto biológico do cuidar no limiar da vida. Ver uma pessoa acometida por uma doença grave, ou uma situação de emergência leva os profissionais a cuidar em primeira instância, no sentido de procurar reverter ou amenizar os riscos a que eles estão expostos. Quando uma pessoa necessita de cuidados

intensivos por meio de Uti móvel, está vivendo um momento em que sua saúde encontra-se abalada. E, geralmente, o que se espera de uma Uti móvel é que ela consiga unir a tecnologia com a habilidade técnica dos profissionais em prol da permanência da vida do ser humano. Assim, percebemos que as ações dos profissionais, inicialmente, direcionam-se ao atendimento das necessidades manifestadas pelos pacientes sob seus cuidados.

Por meio das percepções desses profissionais sobre o seu cuidado, vimos que eles se encontram num emaranhado complexo de interações e dinamicidades, onde cuidar de uma pessoa no limiar da vida requer comprometimento e responsabilidade no trabalho em equipe.

Aprendemos ainda, da análise dos depoimentos, não ser apenas o paciente a se encontrar em situações frágeis. Esses profissionais também se encontram em situações angustiantes e de sofrimento, levando-os a vivenciarem sentimentos ambíguos no seu cotidiano. Da mesma forma, vimos no desvelar da vivência desses profissionais, que no seu fazer estão implícitas emoções que permeiam todas as suas ações, desvelando as dificuldades e frustrações em alcançar um cuidado que consiga vislumbrar no seu modo peculiar de ser. Ou seja, na tentativa de resgatar o cuidado humano na sua plenitude, contemplando o paciente em toda a sua complexidade.

Compreendemos que a vivência desses profissionais com o cuidar em Uti móvel é um processo em andamento e esforços vem sendo efetivados na busca dessa conquista. E que se desejarmos humanizar, precisamos aprofundar nossos conhecimentos acerca dos sentimentos experienciados pelos pacientes, nesse momento particular de sua existência.

No cotidiano vivido por estas pessoas puderam ser pontuados os seus discursos, a dinâmica do trabalho, as diferenças encontradas, a integração e a diferenciação, as relações de poder, as articulações e negociações, os envolvimento e os pertencimentos, a utilização dos espaços, a aceitação e os mecanismos de superação, as aproximações e os distanciamentos, as liberdades e as autonomias, como elementos que estruturam a vida deste cuidar. Por fim, ao delinear o fenômeno em estudo na percepção desses profissionais, podemos dizer que o cuidado no limiar da vida possui forma no interior de cada um e que eles procuram dentro das suas limitações desenvolver um cuidado voltado para o paciente como um todo, mesmo tendo consciência da complexidade que envolve o cuidado humano.

Momentos significativos aconteceram durante a construção desse estudo. Mais uma vez, saliento a experiência que obtive através do

doutorado Sandwich realizado no Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale – INSERM, Paris/França, onde, a riqueza de estudos acerca das representações e representações sociais me aproximaram do conceito das Representações, estabelecendo distinções e aproximações de outras noções.

Este foi um trabalho que exigiu concentração, dedicação integral e muita disposição física e mental, mas, ao mesmo tempo, rico e gostoso de ser feito. Ao pensar e refletir sobre o fenômeno do cuidado no limite da vida existente nos sistemas de cuidado, utilizando-me do referencial de complexidade senti certa dificuldade, pois este exige atenção redobrada. Porém, ao refletir sobre as propriedades do cuidado, observando a organicidade do sistema de cuidado, mergulhando mais fundo no fenômeno através do olhar da complexidade, consegui vislumbrar um cuidado que sente a necessidade de contextualizar-se, globalizar-se e interligar-se aos saberes, considerando a multidimensionalidade das relações do cuidado.

A escolha da Teoria do Limite de E. Trías foi muito oportuna, possibilitando abertura para o novo, para as emoções, para a ética, ao mesmo tempo em que contribui para a inter-relação com o outro, respeitando a dignidade humana. Segundo Trías (2000) este é um dos objetivos de seu modelo: compreender o que somos através da idéia de limite. Somos o limite do mundo, em razão de nossas emoções, paixões e usos lingüísticos, dotamos de sentido e significação o mundo em que habitamos.

Aliar as noções de limite ao cuidado complexo possibilitou-me visualizar as dimensões variadas do cuidado no limiar da vida. Com certeza, ao iniciar este trabalho, não possuía em meu imaginário a amplitude de resultados que esse tipo de estudo pudesse me proporcionar.

O processo metodológico utilizado foi bastante dinâmico e possibilitou-me ampliar a compreensão do fenômeno: Vislumbrando o cuidado no limite da vida. A pesquisa qualitativa, de cunho interpretativo e na combinação de métodos, através de triangulações, oferecem um potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde. Assim, nesse estudo, a reunião dos métodos mostrou-se útil para expandir a compreensão do objeto de estudo presente em minha tese, visto que nenhum método apresenta mais verdade do que outro, e permitem complementação. As Representações Sociais associada a *Grounded Theory* demonstraram grande importância no sentido, de permitir maior aproximação da realidade dos sujeitos pesquisados. Elas se mostram bastante adequadas, uma vez que

proporcionam explicações holísticas e aprofundadas do contexto em foco.

É possível que neste estudo ainda tenha muito para ser dito, compreendido, entendido, assimilado. Porém, o objetivo proposto foi alcançado. Espero que outros profissionais cuidadores continuem investigando o cotidiano das relações de cuidado em Uti móvel, pois ao projetar-me para o futuro, percebo o quanto ainda será realizado para aprimorar estas relações, trazendo benefícios a toda a população.

Para finalizar, em nossa compreensão, três pontos ainda merecem discussões aprofundadas e favorecem a manutenção dessa prática. O primeiro deles é o modelo de saúde biologicista até hoje marcante e determinante de nossa maneira de cuidar, pois mantém um forte apelo ao individualismo. O segundo é a formação por nós recebida durante os anos de graduação. Reconhecemos que a formação profissional na área da saúde, pra dar conta de uma prática que é tão complexa, não se completa na graduação, todavia a educação universitária pode construir com os profissionais médicos e enfermeiros na compreensão de que a própria prática pode ser o ambiente comum para desenvolver os conhecimentos técnicos, humanos e éticos por meio de educação em Serviço. O último ponto se refere a falta de uma gestão institucional volvida para os aspectos psicológicos, que estimule a criação de um espaço de capacitação para lidar com a demanda das emoções, reconhecendo a importância de estratégias para cuidar dos profissionais que cuidam, ou seja, cuidar de si próprios.

Dada à importância do cuidar no limiar da vida - suas interações e representações analisadas e discutidas sob o olhar do pensamento complexo/teoria do limite, é possível confirmar a tese a que nos propomos no início do trabalho de que: Os seres humanos em risco/limite da vida se mostram em condição tênue e vulnerável, o que demanda dos profissionais de saúde um cuidado complexo, seja através de conhecimento, habilidades, atitudes éticas, segurança, sensibilidade e responsabilidade que ultrapasse a gravidade aparente.

Ao findar essa etapa do meu estudo, muitas sensações me acompanham. Fiz o melhor que pude dentro de uma realidade temporal e de informações obtidas ao longo do período. Ainda não tenho a dimensão exata do crescimento e nem sei se isso é preciso quantificar, porém foi um tempo bastante rico e de crescimento em vários aspectos. Principalmente no que tange ao respeito ao ser humano, às suas idéias, e às diferenças.

Espero propiciar aos leitores, especialmente aos colegas enfermeiros/as, o aguçar da imaginação e o prazer de exercitar o cuidado

intensivo e complexo sobre os momentos sutis do cotidiano do cuidado de enfermagem, nas suas múltiplas facetas e dimensões de estruturas, interações, dinamicidades e complexidade. Este exercício de pensar/idéias/reflexões dependerão da ótica, da visão de mundo da pessoa/leitor e de momentos/situações das múltiplas vivências experienciadas.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4 ed. São Paulo: Martins Fortes, 2003.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.), **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Cultura e Qualidade, 1998. p. 27-38.

ABRIC J.C. **Pratiques sociales et représentations**. 2ème édition. México: Ediciones Coyoacán; 2001.

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Org.) **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

ALMEIDA, M. C. Um itinerário do pensamento de Edgar Morin. **Caderno IHU Idéias**. UNISINOS, v.2, n.18, p.1-20, 2004.

ALMEIDA, P.J.S.; PIRES, D.E.P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007.

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em Família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar**. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

ALVES M, RAMOS FRS, PENNA CMM. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.

ANJOS, A.M; NUNES, M.L. N. Eventos com aparente risco de vida: incidência, etiologia e investigação clínica. **Rev. Sci. Méd**, v.15, n.4, p. 258-262, 2005.

AXELROD, RM. **The complexity of cooperation: agent-bases models of competition and collaboration**. New Jersey: Princeton University Press, 1997.

BAASCH, Davi. **Os significados do trabalho em UTI's: estudo multicaso em dois hospitais brasileiros**. Florianópolis. Dissertação

(Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. 129p.

BARBOSA, S.F. **Indo além do assistir – cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em UTI.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

BELLI, M. A. J. **Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais.** Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2000. 130 p.

BETTINELLI, L.A. **Cuidado solidário.** Passo fundo: Pe Berthier, 1998.

BETTINELLI, L. A. **Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar:** fazendo emergir o sentido da vida. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. 367 p.

BETTINELLI, L.A; WASKIEVICZ, J; ERDMANN, A.L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos.** 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. p.87-100.

BOFF, L . **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. 11ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. Identidade e complexidade. In: CASTRO, G. **Ensaio de complexidade.** Porto Alegre: Sulina, 1997, p.61-74.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências: SAMU- 192.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM No. 2048, de 05/11/2002.** Dispõe sobre a organização do atendimento Móvel de Urgência *Diário Oficial da União.* Brasília, DF, 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 28 março 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.3432, de 12 de agosto de**

1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Disponível em: <http://www.sopamini.org.br/portaria_3432.html> Acesso em: 02 setembro 2007.

BÜSCHER, A. **Negotiating Helpful Action: A substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal Care.** 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Departamento of Nursing Science, University of Tampere, Finlândia, 2007. 195 p.

CAMPONOGARA, S. **Educar para cuidar: Uma proposta fundamentada na teoria do cuidado transpessoal.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999. 191p.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos.** São Paulo: Cultrix, 1996.

CASSEL, J. Stories, moral judgment, and medical care in an intensive care unit. **Qualitative Health Research**, v.14, n.5, p.663-74, 2004.

CASSIANI, S. H. B. **Buscando significado para o trabalho: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras.** 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994. 197 p.

COELHO, C. C. S. R. **Complexidade e sustentabilidade nas organizações.** Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. 205p.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a Vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385p.

CORBIN, J.; HILDENBRAND, B. Qualitative Forschung. In: ALLHOFF, R.; SCHAEFFER, D. **Handbuch Pflegewissenschaft.** München: Juventa, 2003. p.159-184.

CURRY, S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. **Nursing**, Portugal, n.94, p.26-30, nov.1995.

DANTAS et al. A violência como situação limite nas rodas das cirandas da vida em Fortaleza, Ceará. **Divulg. saude debate**, v.39, p. 68-81, jun. 2007.

DEJOURS C. **A psicodinâmica do trabalho.** São Paulo: Atlas;

1994.144 p.

DRIESSNACK M, SOUSA VD, MENDES IAC. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 684-688, 2007.

ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 467-471, 2004.

ERDMANN, A.L. **O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde**. Texto e Contexto enfermagem. V.7. N.2, p.52-69. Florianópolis, 1998.

_____. **Sistema de cuidado de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

FAIRMAN, Julie. Vigilância atenta: Cuidado de Enfermagem, tecnologia e o desenvolvimento das unidades de terapia intensiva. **Nursing Research**, v. 41, n.1, p.56-60. jan/fev, 1992.

FERREIRA A.B.H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

FIGUEIREDO, et al. A dama de brando transcendendo para a vida/morte através do toque. In: WALDOW, V.R. et al. **Marcas da Diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto alegre: Artes Médicas, 1998.

FLAMENT, Claude. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, Denise. **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 173-186.

FLAMENT, Claude; ROUQUETTE, Michel-Louis. **Anatomie des idées ordinaires: comment étudier les représentations sociales**. Paris: Armand Colin, 2003.

FRANÇA. **Serviço de atendimento médico de urgência de paris**. Disponível em: <[http:// https://samudeparis.aphp.fr/](http://https://samudeparis.aphp.fr/)> Acessado em: 05 agosto 2010.

FREIRE, P. **Conscientização – teoria e prática**. Uma introdução ao pensamento de freire. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, K.S.S. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de

- Santa Catarina, Florianópolis, 2000. 166p.
- GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**. Tradução de Garcez, M. Regina . Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine de Gruyter, 1967. 271p.
- GLASER, Barney G. **Theoretical sensitivity**. Mill Valley, California: The Sociology Press, 1978,164 p.
- GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. **Awareness of dying**. Chicago: Aldine, 1968.
- _____. **Time for dying**. Chicago: Aldine, 1965.
- GOMES, Alice M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2.ed. São Paulo, 1988. 217p.
- GOMES, GC. **Compartilhando o cuidado: construindo, através da vivência da família na internação hospitalar da criança, um novo modo de cuidar**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 39, n. 2, p. 145-53, 2005.
- GRAVE, Crescenciano. **El uso práctico de la razón fronteriza**. Barcelona: Destino, 2000. 77p.
- HARRÉ, René. Gramática e léxicos, vetores das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 105-121.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- HUDAK, C.M., GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. p. 1-109.
- JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- KANT, I. **Crítica da razão pura**. 4. ed. Prefácio à tradução portuguesa, introdução e notas: Alexandre Fradique MOURUJÃO. Tradução:

SANTOS, MP; MOURUJÃO, AF. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

KNOBEL, E; KÜHL, S. D. Organização e funcionamento das UTIs. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p.1315-1330.

LACERDA, M. R. **Tornando-se Profissional no Contexto Domiciliar – Vivência de Cuidado da Enfermeira**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.; 2000.

LAMANA, Domingo Cía. **Itinerario filosófico de Eugenio Trías**. 2002. Disponível em: <<http://serbal.pntic.mec.es/AparteRei/>> Acesso em: 05 agosto 2007.

LEAL, G. J. **La Autonomia del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación**. Venezuela: Centro Editorial LITORAMA, 2005.

LEININGER, M.M. **Care: an essential human need**. Thorofare, 1981.

_____. **Caring: an essential human need**. Detroit: Slack, 1991.

LEMONS, R.C.A; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.3, p.345-57, 2002.

MACHADO, W. C. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. Cuidar e ser cuidado: a dimensão subjetiva de uma experiência de quase-morte **Rev. Enferm. UERJ**, v. 10, n. 3, p. 159-164, 2002.

MANTOVANI, Mario. **Suporte Básico e Avançado de Vida no Trauma**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MANZANO, Julia. Autopercepción intelectual de un proceso histórico. **Antrhopos**, n. 4, 1993.

MARTINS, PPS; PRADO, ML. Enfermagem e Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev Brasileira de Enfermagem**, p.71-75, 2003.

MAZZOTTI A.J.A. Representações da identidade docente: uma contribuição para a formação de políticas. **Ensaio: Avaliação em políticas públicas em educação**, v. 15, p. 579-594, 2007.

MAYEROFF, M. **A arte de viver e servir ao próximo para servir a**

si mesmo. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAIS, C.F. Considerações sobre o trabalho psicológico em UTI. **Rev. Hosp. Adm. Saúde**, v.15, n.5, p.231-235, set/out. 1991.

MORIN, E. **O método IV.** As idéias: a sua natureza vida, habitat e organização. Portugal: Europa-America Ltda, 1990.

_____. **A cabeça bem feita.** Repensar a reforma, reformar o pensamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **Ciência com consciência.** 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 350p.

_____. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2005.

_____. **Para sair do século XX.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 237p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais:** investigações em psicologia social 3. ed. Petrópolis: Vozes Ltda, 2005.

NASCIMENTO, K. C. **As dimensões do cuidado em unidade crítica:** emergindo o cuidado transpessoal e complexo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

NAZÁRIO, N. O., **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de Emergência/Urgência.** Florianópolis: Insular, 1999.

NITSCHKE, C.A.S. et al. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência.** SAMU. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. 233p.

NUNES, M. L. et al. Patologias associadas e prognósticos de eventos com aparente risco de vida (ALTE) **Jornal. pediatr.**, v. 75, n.1, 1999.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural de representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: Universitária UFPB, 2005. p. 573-603.

OREM, D.E. **Nursing**: concepts of practice. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1985. Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza . Visualizando o cuidado de enfermagem por meio de imagens. **Revista Ciências da Saúde**, p. 32-39, 2003.

PATERSON, J.G. & ZDERAD, L.T. **Enfermeira humanística**. México: Editorial Limusa, 1988.

PAZ, C. D. **O treinamento e desenvolvimento como perspectiva estratégica para o atendimento pré-hospitalar**: o caso dos unimed Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências da Administração-ESAG, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

PEREIRA, E.R. **No limiar da vida**: a dimensão fenomenológica da percepção do cliente em coma. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2000. 147p

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L; BERTACHINI, L (org). **Humanização e cuidados paliativos**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p.11-30.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Etnografia. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.271-272.

PORCIDES, Almir Júnior et al.. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Curitiba: Corpo de Bombeiros do Paraná, 2006.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev Brasileira de Enfermagem**, p. 355-360, 2005.

RAPELI, C. B.; BOTEGA, N. J. Título: Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. **J. bras. psiquiatr**; v. 47, n.4, p. 157-162, 1998.

REICH, W.T. History of notion of care. In: **BIOETHICS ENCYCLOPEDIA**. 2ed. New York: Mac Millan Library, 1995.

SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

SALOME, Geraldo Magela; MARTINS, Maria de Fátima Moraes Salles; ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. Sentimentos vivenciados

pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.6, pp. 856-862, 2009.

SCHRAMM, F. R. **A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário.** Brasília: UnB, 1996. 198p.

SEBASTIANI, R.W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: CAMON, V.A.A. (Org). **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002, p.29-71.

SESSO, Ricardo. Risco de vida residual para o desenvolvimento de hipertensão em homens e mulheres adultos. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 48, n.4, p. 277-277, 2002.

SILVA, Alcione Leite. **Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente.** Pelotas: UFPEL, 1997. p.215.

_____. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E., WALDOW, V.R., LOPES, M. J. M., (org). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, Ana Lúcia. **A vida por um fio: a doença que ataca silenciosamente.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. 273 p.

SILVESTRE, Ledronete. **Modos de perceber e lidar com as próprias emoções no cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 161 f.

SOUZA, L.N.A. **A interface da comunicação entre enfermagem e as(os) clientes em uma unidade de terapia intensiva..** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basic of quantitative reseach: grounded theory procedures and techniques.** Califórnia: Sage, 1991.

_____. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.** Lage Publications, 1990. 267p.

_____. **Bases de la investigación cualitativa.** Técnicas y

procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

_____. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Ethnographic research approach. In: STREUBERT, HJ; CARPENTER, DR. **Qualitative reseach in nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995. p.89-112.

TREVISAN, E. M. B. M. **A dinâmica satisfação-sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde à criança queimada:** repercussão na qualidade de vida do trabalhador. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. 169p.

TRÍAS, Eugenio. **Los Límites del mundo**. Barcelona: Destino, 2000. 77p.

_____. **Ética y condición humana**. Barcelona: Ediciones Peninsula, 2000. 156p.

_____. **Lo bello y lo siniestro**. Barcelona: Ariel, 2001.

VARGAS, N.I.T. La tecnología y el cuidado de enfermería. In: **Cuidado y práctica de Enfermería**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2000. P. 245.

VERGÈS P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, C. **Structures et transformation des représentations sociales**. Paris (FRA): Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-53.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n. 2, p.137-144, 2002.

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar – por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. In: PESSINI, L., BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

WALDOW, V. R. **Marcas da diversidade:** saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 241p.

_____. **Cuidar:** expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis:

Vozes, 2006.

WATSON, J. **Nursing** – The Philosophy and science of caring. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985.

WATSON, J. **Enfermagem:** ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Tradução: ENES, João. Rio de Janeiro: Lusociência, 2002. 182p.

APÊNDICES

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Prof^a Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável), juntamente com a Doutoranda Keyla Cristiane do Nascimento (pesquisado principal), gostaríamos de convidá-lo/a para participar da pesquisa intitulada: **O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de saúde**, cujo objetivo é compreender os significados do que representa o estar cuidando de pessoas no limiar da vida para os profissionais de saúde, através das interações vivenciadas na rede de cuidado pelo referencial de Trías e da complexidade.

Caso você aceite, sua participação será através de uma entrevista gravada. Não pretendemos expô-lo a riscos e o maior benefício será a construção de conhecimento sobre o cuidado no limiar da vida.

Para garantir o anonimato e sigilo das informações, você não será identificado/a e os dados da entrevista ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, sendo utilizados apenas para esse estudo e na forma de depoimentos codificados.

Se você necessitar de mais esclarecimentos ou, durante o estudo, não quiser mais fazer parte do mesmo, sinta-se a vontade para entrar em contato com as pesquisadoras, pessoalmente ou através dos telefones: (48) 3240 8871, (48) 99770266, (48) 3228 8312 sem prejuízo algum.

Nesses termos, tendo sido devidamente esclarecido/a, consinto livremente em participar do estudo proposto e concordo com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

RG: _____ Data: ____/____/____.

Assinatura: _____

Pesquisador Principal: _____.

APENDICE B - QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÕES LIVRES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787 - e-
mail: nfr@nfr.ufsc.br



**PESQUISA: O cuidado a pessoa no limiar da vida:
representações e significados para os profissionais
de saúde**

QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÕES LIVRES
(a ser aplicado antes da entrevista)

Entrevistado (Pseudônimo): _____

Entrevistador: _____

Nº Quest.: _____

Neste momento da coleta de dados, os sujeitos deverão ser orientados a fornecer as primeiras palavras que lhes ocorrerem em associação a uma palavra ou expressão indutora. O registro das respostas deverá ser feito pelo entrevistador, respeitando a ordem em que tenham sido evocadas.

Cite, na ordem em que se lembrar, cinco palavras que lhe vêm à cabeça quando você pensa em:

CUIDADO A PESSOA EM RISCO DE VIDA

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

(5) _____

Agora, por favor, numere-as, de 1 a 5, da mais para a menos importante, na sua opinião.

Data de aplicação do questionário: _____ / _____ / 2008

Observações do **Entrevistado** após as evocações livres:

Observações do **Entrevistador** após as evocações livres:

APENDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



PESQUISA: O cuidado a pessoa no limiar da vida:
representações e significados para os profissionais de saúde

<h3>QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS</h3>
--

Entrevistado (Pseudônimo): _____

Entrevistador: _____

Nº Quest.: _____

Falando da sua instituição:

1 – Grupo institucional atual
 Hospital SAMU Outro

Qual:

Falando dos seus dados pessoais:

2 - Idade: _____

3 – Sexo Masculino Feminino

4 – Estado civil atual:

solteiro/a

Outros

- () casado/a/união estável
 () separado/a

Falando da sua formação e do seu acesso à informação:

5 - Tempo de graduação /ano de graduação:

_____ anos _____ meses

Ano de graduação _____

6 - Formação profissional de mais alto nível:

- () Graduação
 () Especialização
 () Mestrado
 () Doutorado
 () Outros

Falando da sua atuação profissional:

7 - Tempo de atuação na instituição/ano de início:

_____ anos _____ meses

Ano de início _____

8 - Turno de trabalho:

- () plantão diurno () manhã () tarde
 () plantão noturno

9 - Função:

- () Assistencial
 () Chefia/Coordenação/Gerência/Supervisão
 () Outra, especificar: _____

10 – Em quantas instituições você trabalha atualmente?

- () 1 () 2 () mais de 2

11 – No caso de duas instituições, qual o tipo da segunda?

- () Hospital
- () Ambulatório
- () SMS
- () Instituição de ensino, especificar: _____
- () Outros. Quais: _____

Setor: _____

12 - Tempo de atuação com pacientes graves/risco de vida. Ano de início:

_____ anos _____ meses

Ano de início _____

Data de aplicação do questionário: _____/_____/2008

E-mail para contato: _____

Observações do **Entrevistado** após a entrevista:

Observações do **Entrevistador** após a entrevista:

APENDICE D – DICIONÁRIO DAS PALAVRAS PADRONIZADAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787 - e-mail:
nfr@nfr.ufsc.br



PESQUISA: O cuidado a pessoa no limiar da vida:
representações e significados para os profissionais de saúde

DICIONÁRIO DAS PALAVRAS PADRONIZADAS

TERMO INDUTOR: “cuidado a pessoa em risco de vida”

N.	PADRONIZAÇÃO	PALAVRA EVOCADA
01	Acreditar	Acreditar, Acreditar na possibilidade de recuperação
02	Agilidade	Ágil, agilidade, agilidade e rapidez, agilidade no atendimento
03	Agressão medicamentosa	Medicalizar para salvar, agressão medicamentosa
04	Ajuda	Ajuda, ajuda plena, ajuda imediata, contribuir
05	Aliar técnico X humano	Aliar técnico X humano
06	Angustia	Angustia, ansiedade
07	Aprendizado	Aprendizado
08	Assistência	Assistência, Assistência a vítima, assistencialismo publico
09	Atenção	Atenção, ter atenção
10	Atendimento	Atendimento, atendimento de emergência, atendimento rápido
11	Autonomia	Autonomia
12	Benefício	Benefício, bom para comunidade
13	Calma	Calma, ter calma, tranquilidade
14	Capacitação profissional	Capacitação, qualificação técnica, formação, preparo técnico.
15	Casos-graves	Casos-graves, gravidade, infarto agudo,

		paciente grave, parada cardíaca, PCR, Tce, Glasgow 3, Baleados
16	Coerência	Coerência
17	Competências técnicas	Capacidade, competência, competentes
18	Complexidade	Complexidade
19	Comprometimento	Comprometer-se com o paciente, comprometimento
20	Comunicação	Comunicação, comunicação equipe paciente, comunicação em equipe
21	Confortar	Confortar, conforto
22	Conhecimento	Conhecimento, conhecimento científico.
23	Continuidade	Continuidade; Continuidade do tratamento
24	Coragem	Coragem
25	Cuidado	Cuidado, cuidados, cuidado profissional
26	Dedicação	Dedicação, interesse, satisfação
27	Diminuir formas iatrogênicas	Diminuir formas iatrogênicas
28	Dinheiro	Dinheiro (ganhar dinheiro)
29	Doenças	Doenças
30	Eficiência	Eficácia, eficaz, eficiência
31	Equipamentos	Equipamentos
32	Equipe	Equipe, equipe treinada, equipe bem preparada, colegas, profissionais treinados.
33	Esperança	Esperança
34	Estresse	Stress, Estressante
35	Ética	Ética, ser ético
36	Família	Família, contexto familiar
37	Gravidade	Gravidade
38	Habilidade	Habilidade, destreza, ser hábil
39	Humanização	Acolhimento, amor ao próximo, humanização, solidariedade, respeito
40	Informação	Informação, informantes, histórico de saúde do paciente.
41	Insensibilidade	Insensibilidade, não emocional
42	Instabilidade	Instabilidade
43	Limite	Limites, limítrofe.
44	Medo	Medo
45	Morte	Morte, cemitério.
46	Necessário	Essencial, importante, indispensável, necessário, fundamental, imprescindível
47	Pré-hospitalar	Pré-hospitalar, primeiro atendimento, serviço de atenção as urgências, serviço móvel de atendimento de urgência
48	Pressão psicológica	pressão-psicológica, aflição, apreensão
49	Prioridade	Prioridade
50	Profissionalismo	Profissionalismo, profissão

51	Puncionar	Puncionar
52	Qualidade	Ter qualidade, qualidade no atendimento
53	Qualidade de vida	Qualidade de vida
54	Rapidez	Correria, rapidez, rapidez no atendimento, velocidade
55	Regulação médica	Regulação médica
56	Resgate	Resgate
57	Resolução	Resolução, solução, resolutividade
58	Responsabilidade	Responsabilidade, compromisso, responsabilidade da equipe.
59	Risco	Risco, perigo
60	Salvar- vidas	salvar-vidas , salvar vidas com o mínimo lesões futuras
61	Sangramento	Sangramento
62	Segurança	Segurança no atendimento
63	Sensibilidade	Sensibilidade
64	Sobrevivência	Sobrevivência
65	Sufrimento	Sufrimento
66	Superação	Superação
67	Tempo	Tempo
68	Trabalho	Trabalho, trabalho em equipe,
69	Transporte	Transporte, transporte de paciente grave
70	Trauma	Acidentado, atropelamento, trauma, acidente de transito.
71	Tubo	Tubo, tubos
72	Urgência/Emergência	Urgência, urgente, risco de vida iminente, Emergência, atendimento imediato
73	UTI	Tratamento intensivo, UTI móvel, Procedimentos de complexidade maior.
74	Vias aéreas	Vias aéreas, vias aéreas obstruídas

APENDICE E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO *Nº 097*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 112/08 FR- 193270

TÍTULO: O cuidado a pessoa no limiar da vida: representações e significados para os profissionais de saúde.

AUTORES: Alacoque Lorenzini Erdmann e Keyla Cristiane do Nascimento.

DEPARTAMENTO.: Enfermagem/CCS/UFSC.

FLORIANÓPOLIS, 30 de junho de 2008.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

APENDICE F – DOUTORADO SANDWICH



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES

DOUTORADO SANDWICH

Dda. Keyla Cristiane do Nascimento

Julho 2009

SUMÁRIO

Dados de identificação	03
O doutorado sandwich	04
Objetivos	05
Inserm	06
Inserm – unité 822	07
Biografia do orientador – Dr. Alain Giami	09
Relatório das atividades desenvolvidas	10
Referências	18
Agradecimentos	19
Ficha de Assinaturas	20
Anexos	21

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Doutoranda: Keyla Cristiane do Nascimento

Processo número: 201336/2008

Modalidade: Doutorado Sandwich no Exterior - SWE

Instituição de destino: INSERM, Unité 822.

Endereço:

82 rue du Général – Leclerc

94276 - Le Kremlin - Bicêtre Cedex, - França

Telefone: (33) 145212289

Fax: (33) 145212075

Professor orientador: Dr. Alain Giami

Vigência da bolsa CNPq: 01/11/2008 a 30/06/2009

O DOUTORADO SANDWICH

O Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) tem contribuído na formação e na qualificação de seus mestrandos e doutorandos, como também tem produzido vários estudos e pesquisas no intuito de ampliar o conhecimento e de fortalecer a Enfermagem Brasileira, bem como, contribuir para o crescimento do país (SOUSA, 2008).

Vários são os esforços deste corpo docente, sendo um destes o incentivo para que seus doutorandos façam estágios de doutoramento Sandwich. Órgãos de fomento como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, ligada ao Ministério da Educação, e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, vinculado ao Ministério da Ciência e Tecnologia são os grandes responsáveis pelo apoio financeiro a tais alunos, para que os mesmos façam pesquisas e tragam ao país um conhecimento diferenciado e renovador.

O CNPq fornece vários tipos de bolsas aos discentes, sendo que uma das modalidades, é a Bolsa de Doutorado Sandwich, definida como:

“Apoiar o aluno formalmente matriculado em curso de doutorado no Brasil que comprove qualificação inequívoca para usufruir, no exterior, da oportunidade de aprofundamento teórico, coleta e/ou tratamento de dados ou desenvolvimento parcial da parte experimental de sua tese a ser defendida no Brasil (BRASIL, 2009).”

Os candidatos são submetidos a um processo seletivo a partir de critérios específicos estabelecidos pelo órgão de fomento, que podem ser encontrados na página eletrônica: www.cnpq.br. Esta modalidade de bolsa, tem um período de aprovação de três meses a um ano.

O órgão de fomento que auxiliou a Doutoranda em questão em seu doutorado Sandwich foi o CNPq. O projeto, aprovado anteriormente em banca de qualificação do PEN, foi encaminhado ao CNPq e ao INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale) e recebeu aprovação de ambas as instituições.

As atividades previstas para o período destinado ao doutorado sandwich estavam vinculadas ao Projeto de tese em desenvolvimento junto ao PEN e vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde – GEPADES.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O doutorado Sandwich no INSERM, Unité 822 – Paris/FR, teve como principal objetivo conhecer e integrar-se a organização, estrutura e funcionamento do Instituto Nacional de Saúde e de Pesquisas Médicas em questão e da equipe coordenada pelo Prof. Alain Giami.

Objetivo específico

- Aprimorar o referencial metodológico de análise das *representações*;
- Interagir com o Grupo de Pesquisa do INSERM - Unité 822;
- Integrar-se aos projetos de pesquisa do orientador Dr. Alain Giami;
- Elaborar trabalhos científicos para publicação a partir da temática da tese;
- Participar de seminários, eventos científicos e outros da área da saúde/enfermagem e/ou do Inserm;
- Conhecer a realidade da enfermagem francesa, mediante visitas e leituras de dados informativos;
- Analisar e validar os dados da pesquisa de Tese de doutorado;
- Estreitar as parcerias entre a enfermagem brasileira e a enfermagem e/ou pesquisa em saúde e em ciências sociais na França.

O INSERM

Criado em 1964, o Instituto Nacional de Saúde e Pesquisas Médicas (INSERM) é um estabelecimento científico e tecnológico, sob a supervisão conjunta do Ministério da Saúde e Ministério da Pesquisa.



**Institut national
de la santé et de la recherche médicale**

O Inserm é o único organismo público francês de pesquisas, inteiramente dedicado à saúde humana. Seus pesquisadores estão empenhados em estudar todas as doenças, das mais frequentes as mais raras, através de seu trabalho na investigação biológica, médica e de saúde pública. Enfim, Os cientistas do INSERM trabalham para melhorar a saúde humana.

A principal missão do Inserm é o de facilitar o intercâmbio entre:

- A pesquisa fundamental, por vezes definida como "guiado pela curiosidade", cuja meta é esclarecer o desconhecido, sem finalidade específica;
- A pesquisa clínica, que é realizada com pacientes;
- A pesquisa terapêutica ou diagnóstica, cujo objetivo é o estudo de doenças;
- A pesquisa em saúde pública, que visa melhor compreender os mecanismos de saúde através do estudo de grupos específicos da população.

Para cumprir esta missão, o Instituto foi concebido desde o início, em estreita parceria com outras instituições de pesquisa, públicos ou privados, e os locais de atendimento são os hospitais. Hoje, 80% dos 316 laboratórios do Inserm estão localizados nos hospitais-universitários ou centros para a luta contra o câncer, outros estão localizados nos campus de pesquisa da CNRS ou ainda, nos institutos de investigação Pasteur ou Curie.

Treze mil pessoas (sendo 6 000 investigadores) trabalham nas 316 unidades de investigação do Inserm espalhados por todo o território francês. O Inserm conta com:

- 316 unidades em metrópoles
- 6 unidades do Inserm no estrangeiro
- 25 centros de investigação
- 54 Centros de Pesquisas Clínicas (CIC)
- 12 redes de pesquisa clínica e de saúde pública
- 13 000 pessoas, sendo 7 908 trabalhadores do Inserm
- 300 parceiros industriais (alianças, parcerias de R&D, licenciamento, consultoria).
- 675 famílias de patentes na carteira Inserm que 119 pedidos em 2007

Institutos temáticos:

- Neurociências, neurologia, psiquiatria
- Genética e Desenvolvimento
- Câncer
- Doenças Infecciosas
- Circulation, metabolismo, nutrição
- Imunologia, hematologia, pneumologia
- Saúde Pública
- Tecnologias para a Saúde

INSERM Unité 822 – Saúde reprodutiva, sexualidade, infecção por Hiv – Epidemiologia, Demografia, Ciências Sociais

Direction : JEAN BOUYER



Tendo em vista que a sexualidade e a reprodução desempenham um papel importante na vida de homens e mulheres, os temas de pesquisa da Unidade 822 focam a saúde reprodutiva no seu sentido mais amplo, bem como a questão da Infecção pelo HIV. Também concentram seus estudos para potenciais riscos à saúde associados com a atividade sexual (gravidez não planejada, abortos, doenças sexualmente transmissíveis), a contracepção (efeitos colaterais dos métodos, falhas) e/ou a gravidez (a gravidez ectópica, as consequências das condições de nascimento sobre a saúde da criança).

Estas áreas são de rápida evolução, levantando muitas e novas questões de investigação. A unidade é composta por três equipes: *Epidemiologia da reprodução* (estudo da fertilidade na população, papel dos fatores ambientais, tratamento da infertilidade, saúde infantil), *Saúde sexual e reprodutiva* (práticas e representações da sexualidade, a contracepção, aborto, DST); *Epidemiologia do HIV e das doenças sexualmente transmissíveis* (dinâmicas da infecção do HIV e DST, transmissão mãe-filho progressão da doença entre adultos e crianças infectados, avaliação das estratégias terapêuticas, o estilo de vida).

Suas pesquisas são baseadas em grandes inquéritos representativos da população em geral e / ou coorte para a qual desenvolveram métodos eficientes para a amostragem e análise, e sobre inquéritos específicos quantitativos e qualitativos.

Apresentando a equipe: Saúde Sexual e Reprodutiva



Equipe de trabalho do Inserm – Unité 822

Os trabalhos dessa equipe concentram-se na saúde sexual e reprodutiva. Definida pela OMS como um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e social associado à sexualidade, suas pesquisas dizem respeito a diversos aspectos: contracepção, aborto, infecções sexualmente transmitidas, HIV, disfunção sexual, a violência, a menopausa e cânceres genitais.

O grupo de pesquisa, a qual estava inserida durante meu estágio de doutoramento é organizado em três pólos:

O pólo « **Sexualidade e Saúde Reprodutiva** » reúne os pesquisadores que visam analisar as praticas e as representações no campo da sexualidade e dos riscos para a saúde que lhes são inerentes.

O pólo « **Suporte / acesso aos serviços de saúde reprodutiva** » centra-se em fatores individuais e coletivos relacionados ao percurso de acesso ao sistema de cuidados de saúde e que determinam a variabilidade das práticas médicas. E por fim,

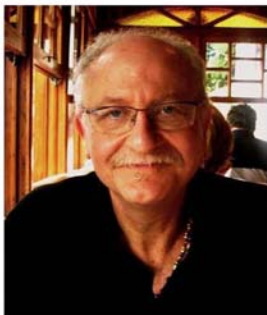
O pólo "**Saúde sexual e medicalização**" têm como objetivo estudar a evolução do papel da sexualidade no campo da medicina e a experiência da sexualidade em pacientes e pessoas em situação de vulnerabilidade social

Os pesquisadores fazem parte de abordagens multidisciplinares de pesquisas a partir de esquemas quantitativas (transversal e de coorte) e qualitativas. Realizam pesquisas sobre a população em geral, sobre pessoas doentes ou em situação de vulnerabilidade social e sobre os profissionais de saúde.



A Unité 822 está localizada no interior do Hospital Bicêtre (Hospital que faz parte da Assistência Pública de Paris), próximo das instalações da Faculdade de Medicina Bicêtre.

Breve Biografia do orientador Dr. Alain Giami



Alain GIAMI é pesquisador francês em ciências sociais. Possui doutorado (PhD) em Psicologia obtido em 1978 pela universidade Paris 7, é pesquisador do INSERM (Instituto Nacional de Saúde e de Pesquisas Médicas) desde 1987 e atualmente é diretor de pesquisa no INSERM (Unité 822). Trabalha há trinta anos sobre diferentes aspectos psicológicos, sociológicos, antropológicos e históricos relacionados à sexualidade: educação sexual, contracepção e esterilização, comportamentos sexuais na população em geral, prevenção da Aids, sexualidade das pessoas deficientes, disfunções sexuais, câncer e sexualidade e, transsexualismo.

Atualmente trabalha sobre a medicalização da sexualidade: a história das idéias médicas sobre a sexualidade, e, as atitudes dos médicos e dos enfermeiros face à sexualidade. Conduziu uma pesquisa nacional sobre a profissão de sexologia na França. Em seguida, essa pesquisa foi realizada em 7 países europeus e está sendo implementada no Brasil e em outros 4 países da América Latina (Argentina, Chile, Colômbia, México, Peru).

Contribuiu para várias publicações no campo da sexualidade: *Archives of Sexual Behavior* (EUA), *Sexual and Relational Therapy* (UK), *Sexologies* (Revue Européenne de Santé sexuelle) (EFS), *International Journal of Sexual Health* (IJSH), *The Journal of Sex Research. Sexuality and Culture* (EUA), *Sexualidade, Saúde e Sociedade - Revista Latino-americana* (Rio de Janeiro) bem como para as publicações em revistas brasileiras de saúde pública e de psicologia: *Paideia: Cadernos de Psicologia e Educação* (Ribeirão Preto), *Revista de Enfermagem da UERJ* (Rio de Janeiro), *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*. Publicou 6 livros e uma centena de artigos científicos (desde 1978).

Relatório das Atividades desenvolvidas

1. O Primeiro encontro

O primeiro encontro com o professor orientador Dr. Alain Giami foi realizado nos primeiros dias de novembro. Nesse primeiro encontro, foi traçado um plano de atividades para o período de permanência na Unidade U-822 do Inserm. Além disso, o professor Alain Giami apresentou-me aos pesquisadores e demais profissionais da equipe de trabalho dessa Unidade, bem como, realizou comigo um reconhecimento de todas as dependências da Unidade, incluindo meu escritório de trabalho.



2. Orientações personalizadas

As orientações personalizadas com o professor Alain Giami foram realizadas periodicamente. Nesses encontros foram discutidos temas referentes à minha tese e ao referencial metodológico das representações. Destaca-se o conhecimento aprofundado e amplamente reconhecido sobre a teoria das representações do Dr. Giami.

Pela sua competência científica, comprometimento, criatividade e dinamismo, o professor Alain Giami é amplamente reconhecido e possui influência nas mais diferentes frentes de trabalho no Inserm e Universidade Paris XI, além de um envolvimento exemplar nas políticas sociais e de saúde.

Em suas orientações, o professor Giami sempre se mostrou muito aberto, acolhedor e prestativo. Para cada encontro sempre havia selecionado algum livro / artigo / referenciais para leituras com temas que seriam importantes e de grande auxílio no processo de construção da minha tese de doutorado.

Além das orientações personalizadas referentes à minha tese, novas oportunidades de estudo foram surgindo, no intuito de respaldar e discutir em profundidade a teoria das representações. Ressalto, que o professor Giami não mediu esforços em repassar o seu conhecimento e experiências, como também em esclarecer aos diferentes questionamentos que surgiam durante meu estudo.

Entre as atividades personalizadas desenvolvidas, destacam-se:

2.1 Pesquisa bibliográfica – base de dados

Bibliografia elaborada a partir dos descritores (descritores em Inglês e Português): < nurses >, <attitudes> e <Aids>. Base de dados utilizadas: Pubmed e Bireme. Encontrou-se 755

referências no site Pubmed e 142 no site Bireme perfazendo um total de 897 resumos de artigos de revistas.

Para a análise dos resultados, primeiramente foram selecionados os artigos que se enquadravam nessa pesquisa, excluindo aqueles artigos que não apresentavam seu resumo/artigo na base de dados, ou ainda, que não falavam especificamente de Aids / enfermeiras. Do total de 897 artigos encontrados, 391 resumos foram selecionados e compõem o banco de dados dessa pesquisa.

Para auxiliar na análise dos dados, criou-se um quadro/tabela com as seguintes informações sobre os artigos: título do artigo, ano de publicação, país de publicação, revista científica onde ocorreu a publicação (enfermagem, medicina, especializada em Aids ou de saúde em geral), temáticas dos resumos (categorias), tipo de publicação (pesquisa, relato de caso, revisão de literatura, etc), método de pesquisa utilizado, sujeitos do estudo e abordagem (conhecimento, crenças, prática profissional, ensino, etc).

Essa construção resultou na produção bibliográfica – intitulada: A produção do conhecimento da enfermagem acerca da Aids: análise das produções científicas indexadas (1980-2008). (*anexo1*)

2.2 Resenha crítica do livro: *Enfermeiras frente a Aids*

Para uma melhor contextualização acerca da minha temática de estudo e conhecimento acerca do trabalho desenvolvido pelo Dr. Giami, optei por ler e releer a obra: *Enfermeiras frente a Aids: representações e condutas, permanência e mudança de Alain Giami et al*, que discorre a respeito das representações que as enfermeiras elaboram em suas situações profissionais, a propósito da Aids e dos doentes soropositivos, e em suas vidas privadas. Essa obra trás os resultados da pesquisa sobre o tema, realizada em Paris (França) em 1990 e publicado em 1994 pela editora do INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) com o título original francês: *Des infirmières face au sida. Représentations et conduites, permanence et changements*.

O debate desta obra, acerca das representações da Aids para as enfermeiras que atuavam no início dessa epidemia, pode ser transposto para a atualidade, em nosso repensar enquanto profissional enfermeiro/a que cuida de paciente soropositivo para Hiv. Enfim, a leitura dessa obra nos dias de hoje propicia uma reflexão sobre a importante implicação da Aids no trabalho, na sociedade e em particular para cada um, enquanto sujeito/enfermeiro/trabalhador.

Após diversas leituras e re-visitas a essa publicação, optei por trazer a obra e suas discussões a tona novamente, na forma de relato breve. Essa produção foi encaminhada a Revista Latino Americana de Enfermagem – RLAE., intitulada: REVISTANDO A OBRA DE ALAIN GIAMI: AS REPRESENTAÇÕES FRENTE OS PORTADORES DE HIV (*Anexo2*).

2.3 Ensaio teórico acerca das Representações

No período de meu doutorado sandwich, realizei diversas leituras acerca das representações e representações sociais, tendo em vista que nos estudos de saúde e

enfermagem, o método de análise através das Representações tem tido uso crescente, o que justificou seu exame sistemático.

Esse estudo teve como propósito: realizar uma revisão teórica sobre o conceito de Representações, estabelecendo sua distinção ou aproximação de outras noções, buscando emprestar uma especificidade maior ao conceito, que constitui referência nos trabalhos analíticos sobre a disciplina enfermagem.

As diversas leituras acerca das Representações resultaram no ensaio teórico intitulado: *Estudo das representações: delineamento de uma categoria analítica para a enfermagem*. A ser encaminhado para uma revista científica da área de enfermagem. (Anexo3).

3. Trocas de experiências



Inúmeras foram as possibilidades e os espaços para a troca de experiências com professores, colegas, pesquisadores e estudantes. Enquanto estudante, foi-me oportunizado participar ativamente dos eventos culturais e científicos promovidos pelos Inserm e ANRS. Além disso, o Inserm – através da base de dados Pubmed - nos permite o acesso livre aos mais diferentes periódicos nacionais e internacionais, necessários para o desenvolvimento da tese de doutorado.

Participação em banca de defesa de doutorado - ouvinte

Foi-me oportunizado assistir a defesa de tese de doutorado em psicologia, da Dda. Laura Beltran Fernandez no dia 13/03/2009, cujo orientador foi o Dr. Alain Giami. Título da tese: "L'expérience de la sexualité masculine à époque de la medicalisation de la sexualité. L'impuissance et le rapport paradoxal au corps : objet extérieur et enjeu identitaire".

A apresentação da tese de doutorado teve grande relevância científica para mim. A tese foi orientada pelo método de Representações. Desse modo, os diferentes passos desta metodologia foram criteriosamente analisados e discutidos com a intervenção dos professores, considerados especialistas nessa área de intervenção.

Chamou-me a atenção a determinação e segurança com que a Dda. Laura apresentou o seu trabalho. Os alunos, de forma geral, possuem um domínio amplo e aprofundado acerca do próprio método de pesquisa e uma capacidade crítica e reflexiva bastante apuradas.

4. Participação nas atividades dos grupos de pesquisa

Os encontros com os integrantes dos grupos de pesquisa acontecem regularmente de duas em duas semanas. A temática para cada encontro é encaminhada previamente por e-mail

para os integrantes do grupo de pesquisa, para que possam fazer leituras prévias sobre os pontos de discussão da reunião.

As reuniões científicas realizadas no mês de novembro, ocorreram para as discussões técnicas desse grupo, no sentido de repensar sobre a grade de análise de conteúdo temático da pesquisa: câncer e sexualidade para enfermeiras. É importante ressaltar que na reunião do dia 20/11 fui apresentada ao grupo de pesquisa, pelo Dr. Giami e tive a oportunidade de expor brevemente a temática de minha pesquisa no doutorado sandwich.

A reunião de dezembro ocorreu para a apresentação e discussão dos trabalhos de doutorado dos discentes desse grupo de pesquisa, a saber: Gonzague Delarocque, Emilie Moreau, Alexandre Mergui, Keyla Nascimento. Cada integrante teve 20 minutos para apresentar seu projeto e/ou os progressos do seu trabalho, bem como as questões teóricas e metodológicas em curso. Foi uma oportunidade de grande aprendizado e enriquecimento para mim, onde, além de conhecer os trabalhos/pesquisas que os integrantes desse grupo estão desenvolvendo, pude apresentar meu projeto e receber muitas contribuições construtivas através das discussões em grupo.

No mês de janeiro e fevereiro realizamos reuniões individuais (orientação personalizada) para avaliação dos três meses de doutorado sandwich e elaboração de novo cronograma para os demais 05 meses de estadia no INSERM.

Em março discutiui-se, em reunião, a metodologia da Grounded Theory e os andamentos dos trabalhos de cada discente de doutorado. Agendou-se para o dia 10/04 o seminário para a apresentação e discussão da metodologia da Grouded Theory. Os encontros aconteceram na sala do professor Giami, num ambiente cercado por muitos livros.

O seminário do mês de abril oportunizou a troca de experiência entre os doutorandos / orientandos do professor Giami e demais pesquisadores acerca da Grounded Theory. Neste evento, foi-me oportunizado apresentar a metodologia da Grounded Theory, em conjunto com o Ddo. Alexandre Mergui. Assim, abordou-se o conceito, os elementos fundamentais e o processo de desenvolvimento desse método. Em seguida, passamos a discussão desse método e a sua aplicabilidade prática. Foi um momento de rico aprendizado para todos os integrantes do grupo de pesquisa, num cenário onde constantes reflexões e questionamentos acerca do método foram suscitados.

Mai e junho foram meses dedicados aos trabalhos (conclusão de artigos científicos) acadêmicos e fechamento do relatório final do doutorado sandwich. Nesse período realizamos reuniões individuais (orientação personalizada) para avaliação do estágio de doutorado sandwich.

5. Projeto de pesquisa – doutorado sandwich

O CUIDADO A PESSOA NO LIMAR DA VIDA: REPRESENTAÇÕES E SIGNIFICADOS PARA AS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DA AIDS.

No decorrer desses oito meses, realizei modificações no projeto de pesquisa, no sentido de aproximá-lo ainda mais da temática: Aids e enfermeiras. Traduzi o projeto para a língua francesa, bem como, apresentei-o para o grupo de pesquisa.

Esse projeto teve a finalidade de desvendar os significados de cuidar de pessoa com Aids no limite de vida para as enfermeiras a partir de suas experiências vivenciadas nesta rede de cuidado.

Por meio da análise dos discursos, buscou-se, discutir como a existência do Hiv/Aids está representada para as enfermeiras que cuidam de pessoas com Aids no limite de vida, a partir de suas experiências nesta rede de cuidado. A opção pela Teoria das Representações permitiu a identificação dos diferentes elementos das representações no grupo pesquisado, discutindo-se também como elas estão se refletindo no cotidiano dessas enfermeiras.

O aprofundamento do estudo nessa temática resultou no artigo de pesquisa: “O Cuidado no limiar da vida: representações e significados para as enfermeiras no contexto da Aids”, a ser encaminhado para uma revista científica da área de enfermagem. (*Anexo4*).

6. Participação em eventos científicos

Durante a minha permanência no Inserm, tive a oportunidade de participar de eventos científicos. Os eventos, com maciça participação de profissionais do país e de outros países europeus, possibilitaram a troca de experiências e a ampliação de horizontes acerca da saúde. Os palestrantes, na sua maioria, eram provenientes da própria França, sendo o Francês a língua oficial.

Eventos:

Sème colloque du Cancéropôle Île-de-France

De 15 a 17 Décembre 2008

Cité Universitaire Internationale de Paris.

Conférence de Réanimation Pré-hospitalière

18/12/2008 – Régulation médicale : nouveautés et perspectives

13/01/2009 – Morbidité et mortalité materno-fœtale en pré-hospitalier

10/03/2009 – Urgences et troubles du Rythme

07/04/2009 – Traumatismes céphaliques

horario : 16h30 – 19h. Amphitêatre Rouvillois de L'êcole du Val-de-Grace

IV congresso saúde e qualidade de vida

Curso pré-congresso: Grounded Theory.

De 10 a 13 de fevereiro 2009

Local: Escola Superior de Enfermagem de Porto (Portugal)

4ème Congrès Franco-Marocain e 9ème Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe

De 26 a 28 de fevereiro 2009.

Marrakech – Marrocos.

8ème Séminaire de recherche clinique sur le Vih

De 4-5 maio de 2009.

Local : Paris la Défence



*Entrada do IV congresso saúde e qualidade de vida –
Porto / Portugal.*



*Entrada do 4ème Congrès Franco-Marocain e 9ème Congrès
National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe*

Trabalhos apresentados nos eventos / congressos:



SAÚDE E QUALIDADE DO VIVER: O TRABALHO NOTURNO PARA OS ENFERMEIROS/AS DO ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.

Trabalho apresentado no IV congresso saúde e qualidade de vida, da Escola Superior de enfermagem de Porto (Portugal) - modalidade apresentação oral.

LE NOUVEAU SERVICE DU SAMU/192 – SUD DU BRÉSIL : L'EXPERIENCE DES INFIRMERIES AERO-MEDICALE. Trabalho apresentado no 4^{ème} Congrès Franco-Marocain e 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe (Marrocos) - modalidade apresentação oral.



ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ATENDIMENTOS POR AGRAVOS REALIZADOS NO SAMU/192 DE SANTA CATARINA, BRASIL – 2006-2008. Trabalho apresentado no 4^{ème} Congrès Franco-Marocain e 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe (Marrocos) - modalidade pôster.

7. Aprimorar o uso do software Nvivo

Durante o período em que estive em Paris, não foi possível realizar esse objetivo. Com a compra do Software Nvivo pelo Grupo de estudos GEPADES no Brasil, poderei aprimorar meus conhecimentos nas técnicas de análise qualitativa de dados narrativos através do software Nvivo no Brasil. Ressalto que no dia 24/07 farei um treinamento nesse software em Florianópolis, com a QRS Internacional, que oferece E-demos conduzidas em português.

Outras atividades relevantes

Atividades realizadas dentro do projeto:
 REPRESENTAÇÕES E MEMÓRIA PROFISSIONAL DA AIDS ENTRE ENFERMEIRAS
 NO BRASIL: ESTUDO BI-CÊNTRICO RIO DE JANEIRO/FLORIANÓPOLIS

- Tradução português/francês do relatório do grupo de Santa Catarina – DEZEMBRO 2008
- Transcrição das entrevistas realizadas a partir de outubro, conforme quadro abaixo:

DATE	INTERVIEWEUR	NOMBRE D'INTERVIEW	TRADUCTOR
Outobre 2008	Keyla	207	Keyla
Outobre 2008	Keyla	208	Keyla
Dezembro 2008	Jussara	209	Keyla
Dezembro 2008	Betina	210	Keyla

Essas atividades, embora de cunho técnico, me permitiram um grande aprendizado.

AVALIACAO GERAL DO DOUTORADO SANDWICH

A realização de um doutorado sandwich me oportunizou não somente um aprofundamento teórico das representações e ao cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos, como também um crescimento pessoal e cultural.

A possibilidade de ir a um país europeu, conhecer uma nova cultura e discutir a realidade da academia e da prática nos remete a reflexões ainda não realizadas, pois, as realidades são distintas e as possibilidades econômicas e políticas são completamente diferentes. Assim, há uma troca de experiências e de conhecimento que acarreta a uma percepção diferenciada da realidade e o desenvolvimento de novos estudos, pesquisas e de uma prática ainda mais específica, baseada em evidências científicas.

Além das discussões acadêmicas realizadas neste estagio doutoral, foi me oportunizado o contato informal, através das reuniões de grupos, almoços e viagens (congressos), com mestrandos, doutorandos e pós-doutorandos de diversos países do mundo,

como: França, Marrocos, Portugal, Canadá e até mesmo de outros Estados Brasileiros. O mais interessante é que nestas ocasiões, se discutiam assuntos diversos ligados direta ou indiretamente à saúde no país e no mundo, tais como a situação em saúde dos países e o posicionamento político e técnico da Enfermagem perante a saúde da população.

A oportunidade de trocar experiências tanto com países desenvolvidos como com países em desenvolvimento, fez-me perceber as diferenças do Brasil com os demais, e a necessidade de maiores investimentos tanto na área da educação quanto na área de saúde de nosso país.

Compreender o significado do que é uma nação em desenvolvimento, e identificar as fortalezas que temos, como também a necessidade de avanços em áreas básicas, como a saúde, faz o diferencial. Acredito que serão estas diferenças reconhecidas que farão com que os pesquisadores estudem e aperfeiçoem mais seu conhecimento e prática, e lutem para que o país se desenvolva mais e melhor.

O doutorado sandwich é um multiplicador do conhecimento, pois o aluno se aproxima do conhecimento produzido em um país completamente diferente ao seu e, ao mesmo tempo, leva a outro país a realidade aqui existente.

Devo destacar que não é fácil a realização de um doutorado sandwich. Há muitos desafios, tais como: a cultura, a língua, a temperatura, as relações de amizade e a alimentação. Além disto, existe a responsabilidade de representar seu país e sua Universidade. Porém, mesmo com tantas novidades, aprendizado, cultura, responsabilidades e dificuldades o crescimento profissional sobressai nessa experiência vivida.

Finalizo esta avaliação com um agradecimento a Universidade Federal de Santa Catarina, a Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e ao Inserm, que me oportunizaram esta experiência fantástica, me fazendo rever o modo de aprender-ensinar, acrescentando conhecimentos na área profissional e, principalmente, que me fez crescer como pessoa e valorizar ainda mais as experiências de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq. Doutorado Sandwich no Exterior (SWE). [on line] 2009 [cited 2008 outubro 09]; Available from: URL: <http://www.cnpq.br/normas/rn07021/anexo3.htm>.

SOUSA FGM. Relatório das Atividades do Estágio de Doutorado Sandwich. 51 p. 2008.

Internet. <http://www.inserm.fr/fr/>

Internet. <http://www.u822.idf.inserm.fr/>

Giami, Alain; et al. Enfermeiras frente a Aids: representações e condutas, permanência e mudança. Canoas: Ed. Ulbra, 1997. 333p.

AGRADECIMENTOS

Aproveito o espaço para externar o meu mais sincero e profundo agradecimento a todos que me estimularam, me animaram, me encorajaram e me apoiaram durante o meu caminhar nessa jornada do estágio doutoral em Paris.

Agradeço a professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, que sempre esteve presente apesar da distância física; pelo seu empenho, pela sua dedicação e estímulo sempre acreditando no meu trabalho. Agradeço em especial por me fazer buscar experiências doutorais - modalidade sandwich, num instituto de pesquisa fora do país e por me auxiliar na conquista da Bolsa do CNPq.

Agradeço com carinho a coordenação e aos professores do Programa de Pós-graduação em enfermagem da UFSC, por apostarem e acreditarem no meu potencial.

Agradeço de modo especial os dirigentes e colaboradores do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, que possibilitaram o financiamento do Doutorado Sanduíche no INSERM – Paris/FR.


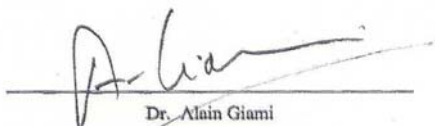
Merci Beaucoup. Muito Obrigada! O meu sincero e profundo agradecimento ao meu orientador Dr. Alain Giami que não mediu esforços para que o Doutorado Sanduíche se efetivasse da melhor forma possível. Muito obrigada pela sua dedicação, por sua constante preocupação com meu aprendizado e pelo amplo material disponibilizado. Você me fez crescer como pessoa e como profissional. MERCI!

Por fim, agradeço ao Inserm - Institut National de la Santé et la Recherche Medicale, pela oportunidade a mim dispensada.

FICHA DE ASSINATURAS

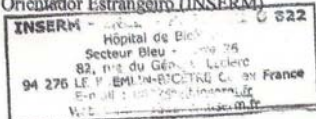


Dda. Keyla Cristiane do Nascimento


Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Orientadora no Brasil (PEN/UFSC)


Dr. Alain Giami

Orientador Estrangeiro (INSERM)



Anexo 1**A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM ACERCA DA AIDS:
ANÁLISE DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS INDEXADAS (1980-2008).**

Keyla Cristiane do Nascimento

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Dr. Alain Giami

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e documental que teve por objetivo identificar e analisar a literatura científica publicada em periódicos, indexados nas bases de dados Bireme e Pubmed, no que concerne as enfermeiras, as atitudes e a Aids, no período compreendido entre 1980 a 2008. A busca pelos artigos científicos divulgados em periódicos ocorreu durante os meses de dezembro/2008 e janeiro/2009 e utilizou os descritores “Aids, nurse and Attitudes” na base de dados Pubmed e “Aids, enfermeiras e atitudes” na base de dados da Bireme. Considerou-se os idiomas: português, francês, inglês e espanhol. Os resultados foram sistematizados e apresentados por meio de tabelas e gráficos, onde se analisou as seguintes variáveis: período de publicação, tipos de estudo, sujeitos de pesquisa e temáticas abordadas. Constatou-se um grande crescimento de publicações na década de 90, tendo maior representatividade as produções quantitativas, cujo método empregado foram os questionários. A temática predominante foi a prática profissionais e Aids. Concluiu-se que há um crescente interesse pela temática da Aids na disciplina enfermagem, especialmente no que concerne as práticas profissionais desenvolvidas no ambiente de trabalho.

Anexo 2**REVISTANDO A OBRA DE ALAIN GIAMI: AS REPRESENTAÇÕES FRENTE OS
PORTADORES DE HIV**

Keyla Cristiane do Nascimento
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMO

Este estudo tem como propósito revisitar a obra: Enfermeiras frente a Aids - representações e condutas, permanência e mudança, que discorre sobre as representações que as enfermeiras elaboram em suas situações profissionais, a propósito da Aids e dos doentes soropositivos. Apresenta reflexões acerca das representações e evoluções do modo de agir das enfermeiras. Destaca a importância do método de análise representações e a história da enfermagem em relação à epidemia da Aids. Conclui que o debate desta obra, acerca das representações da Aids para as enfermeiras que atuavam no início dessa epidemia, pode ser transposto para a atualidade, em nosso repensar enquanto profissional enfermeiro/a que cuida de paciente soropositivo para Hiv.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Giami, Alain; et al. Enfermeiras frente a Aids: representações e condutas, permanência e mudança. Canoas: Ed. Ulbra, 1997. 333p.

Anexo 3**ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES: DELINEAMENTO DE UMA CATEGORIA
ANALÍTICA PARA A ENFERMAGEM.**

Keyla Cristiane do Nascimento

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Dr. Alain Giami

RESUMO

Trata-se de um estudo teórico acerca das representações que objetivou a revisão teórica do conceito de Representações, estabelecendo sua distinção ou aproximação de outras noções, buscando emprestar uma especificidade maior ao conceito, que constitui referência nos trabalhos analíticos sobre a disciplina enfermagem. Ao longo do texto apresenta-se reflexões sobre o termo Representações e Representações Sociais e sua aplicabilidade na disciplina enfermagem.

Anexo 4**O CUIDADO NO LIMIAR DA VIDA: REPRESENTAÇÕES E SIGNIFICADOS PARA
AS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO DA AIDS**

Keyla Cristiane do Nascimento

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Dr. Alain Giami

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo que objetivou compreender os significados do cuidar da pessoa com Aids no limite de vida para as enfermeiras a partir de suas experiências vivenciadas nesta rede de cuidado. O estudo foi desenvolvido em Santa Catarina e no Rio de Janeiro, entre junho e novembro de 2008, com 20 enfermeiras que trabalharam com pacientes portadores de Hiv nos serviços hospitalares de internação e/ou nos serviços de saúde pública do Estado. Utilizou-se o método das Representações para a análise dos dados. A partir da análise e discussão dos dados obtidos, foi possível construir o núcleo profundo e os elementos periféricos de diferentes representações nos grupos pesquisados, quais sejam: o sofrimento, a discriminação, os relacionamentos, o viver com Aids e o medo da morte – o medo da Aids. O núcleo profundo destaca a transição da representação da Aids: da morte para uma doença crônica. Concluímos que a Aids tem provocado mudanças expressivas nas profissionais enfermeiras que vivenciam o cuidar da pessoa com Aids.



Avaliação Orientadora Brasileira

A aluna doutoranda **Keyla Cristiane do Nascimento** realizou a experiência de estágio sanduíche (SWE) no Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale – INSERM, Paris/França, atendendo e indo além no cumprimento das atividades de seu plano de trabalho. Tive oportunidade de participar da coordenação de uma pesquisa com seu Orientador Estrangeiro, Dr. Alain Giami no Brasil, através do projeto Bi-cêntrico: *“Representações e Memória Profissional da AIDS entre Enfermeiras no Brasil: estudo bi-cêntrico Rio de Janeiro/Florianópolis”*. Essa aproximação fortaleceu laços entre nossas Instituições de Ensino Superior e Grupos de Pesquisa, os quais propiciam iniciativas de intercâmbio ou parcerias no campo da pesquisa e da formação de recursos humanos em pós-graduação stricto sensu.

Pelos registros descritos neste relatório e pelos resultados já evidenciados desta experiência, sou testemunha da importância da mesma na formação e complementação de competências do perfil de doutor, e, do quanto foi adequada para a doutoranda a escolha deste centro de investigação.

A aluna Keyla Nascimento tem trajetória no exercício no processo de produção e socialização de conhecimentos compartilhados com os demais integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Enfermagem e Saúde - GEPADES centrada nas linhas de pesquisa e diversos projetos deste grupo o que lhe confere domínio na liderança de atividades de pesquisa. Seu desempenho sempre foi exemplar no transcorrer do Curso de Doutorado, mas, a soma e

acúmulo das experiências vividas no SWE contribuíram em muito para ampliar os espaços, para conhecer outras realidades de pesquisa e prática da enfermagem em um outro País que muito tem a ver com a cultura de origem da referida aluna.

Reafirmo o brilhantismo da postura e/ou atitudes da doutoranda em busca da autonomia e do melhor ser na competência devida de um pesquisador em formação neste nível mais elevado.

Agradeço imensamente ao Dr. Alain Giami e ao INSERM pela acolhida e atenção dispensada à Keyla Nascimento desde sua recepção no País e Instituto, ensinamentos e ajudas na efetivação das experiências propostas que marca uma inserção segura de profícuos projetos em parcerias.

Do mesmo modo, me coloco à disposição para outras iniciativas voltadas à pesquisa e formação de recursos humanos em pesquisa em prol de avanços da prática do cuidado de enfermagem à saúde da população norteadas pelas políticas públicas sociais de nossos países.

Registro meus cumprimentos à aluna Keyla Cristiane do Nascimento pelo sucesso obtido neste estágio e agradeço a Dr. Alain Giami, por colaborar com a formação da referida aluna, com muita dedicação e apreço.

Florianópolis, 29 de Julho de 2009



Profª Orientadora Drª Alacoque Lorenzini Erdmann
Professora Titular da UFSC e Docente do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da UFSC – Coord. do GEPADES.



Aux autorités du CNPQ responsables du programme "Sandwich no exterior" (SWE)

Paris le 6 Juillet 2009

Je soussigné Alain Giami, directeur de recherche à l'Inserm, responsable du stage de "doctorat-sandwich" de Mlle Keyla Cristiane do Nascimento (Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de ciencias da saude / Programa de Pos-graduação em enfermagem) orientée par la Prof. Alacoque Lorenzini Erdmann,

Atteste par la présente que la doctorante Keyla do Nascimento a bien séjourné à Paris et a fréquenté l'Inserm U 822 entre le 1 Novembre 2008 et le 6 Juillet 2009.

Pour valoir ce que de droit

Alain Giami, Ph.D
Directeur de recherche

INSERM - INED - PARIS XI U 822
Hôpital de Bicêtre
Secteur Bleu - Porte 26
84, rue du Général Leclerc
94 276 LE KREMLIN-BICÊTRE Cedex France
E-mail : u822@inserm.fr
Web : www.u822.inserm.fr



IV Congresso

Saúde e Qualidade de Vida

Declaração


Declara-se para os devidos efeitos que **Keyla Cristiane do Nascimento, Alacque Lorenzini Erdmann e Alain Giami**, apresentou/apresentaram o poster: **Saúde e Qualidade do Viver: o Trabalho Nocturno para os Enfermeiros/as - Do Atendimento Móvel de Urgência.**, no **IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida**, realizado em 12 e 13 de Fevereiro de 2009, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A Comissão Científica



Prof.ª Doutora Teresa Rodrigues-Ferreira

O Presidente do Conselho Directivo



Prof. Paulo Parente



Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida

Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Tel.: 22 507 35 00 • 96 728 81 93/4 • Fax: 22 509 63 37



URGENCES 2009 DE MARRAKECH

4^{ème} Congrès Franco-Marocain et 9^{ème} Congrès National
de Médecine d'Urgence et de Catastrophe
26, 27 et 28 février 2009, Marrakech

Attestation de présence

J'atteste, par la présente, que :

Keyla NASCIMENTO

A participé au 4^{ème} Congrès Franco-Marocain et 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe, qui s'est déroulé à Marrakech les 26, 27 et 28 février 2009.

Pr. H. Louardi
Président du congrès

Marrakech, le 28 février 2009

Attestation



4^{ème} Congrès Franco-Marocain et 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe

J'atteste, par la présente, que :

K. Nascimento

a participé au 4^{ème} Congrès Franco-Marocain et 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe, qui se sont déroulés à Marrakech les 26, 27 et 28 février 2009 par une communication orale intitulée :

**Le nouveau service du Samu 192 Sud du Brésil :
l'expérience des infirmières aéro-médicales**

Pr. H. Louardi
Président du congrès



Urgences 2009 de Marrakech

Attestation



4^{ème} Congrès Franco-Marocain et 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe

J'atteste, par présente, que:

K. C. Nascimento, M.O. Honorio, A. L. Erdmann

a participé au 4^{ème} Congrès Franco-Marocain et 9^{ème} Congrès National de Médecine d'Urgence et de Catastrophe qui se sont déroulés à Marrakech les 26, 27 et 28 février 2009, par une communication poster intitulée:

Analyse épidémiologique des assistances par des interventions réalisées au Samu/192 de Santa Catarina, Brésil - 2006-2008



Pr. H. Louardi
Président du congrès

Urgences 2009 de Marrakech

Bitte auf kurzfristigen Wechsel des Ausgangs achten
Please observe gate changes at short notice

724 3141657354 ECONOMY 361
etix etkt etix etkt

Lufthansa

NASCIMENTO/KEYLA * * * * *
FRA LH 506 V 09JUL * * * * *
GRU * * * * *

31A
LH 506 /361

MAX 1 HANDGEPAECK/HANDLUGGAGE

FRA 2518

Bordkarte/Boarding Pass

Name: **NASCIMENTO/KEYLA** DOC OK
ETKT 724 3141657354
FRA
GRU
LUFTHANSA

Carrier Flight No./Class Date
LH 506 V 09JUL

Gate	Boarding Time	Seat
C15	2150	31A

NONSMOKER

Pre. Cl. Wt. Unk. Wt. Pcs. Cl. Wt. Unk. Wt.
02

Bitte auf kurzfristigen Wechsel des Ausgangs achten
Please observe gate changes at short notice

724 3141657354 ECONOMY 0/4
etix etkt etix etkt

Lufthansa

NASCIMENTO/KEYLA * * * * *
CDG LH 4231 V 09JUL * * * * *
FRA * * * * *

9B
LH 4231 /074

MAX 1 HANDGEPAECK/HANDLUGGAGE

CDG 45649

Bordkarte/Boarding Pass

Name: **NASCIMENTO/KEYLA**
ETKT 724 3141657354
CDG
FRA
LUFTHANSA

Carrier Flight No./Class Date
LH 4231 V 09JUL

Gate	Boarding Time	Seat
60-68	1940	9B

NONSMOKER

Pre. Cl. Wt. Unk. Wt. Pcs. Cl. Wt. Unk. Wt.
02

Lufthansa

BAGGAGE IDENTIFICATION TAG

NASCIMENTO/KEYLA 02

CD GRU LH 506 / 09

VIA FRA LH 4231/09

VIA

0220 220179

LH 220179

Lufthansa

BAGGAGE IDENTIFICATION TAG

NASCIMENTO/KEYLA 02

CD GRU LH 506 / 09

VIA FRA LH 4231/09

VIA

0220 220178

LH 220178

