

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS SOBRE PACIENTES CRÍTICOS NO CONTEXTO DA CLÍNICA MÉDICA¹

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LAS ENFERMERAS EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO EN EL CONTEXTO DE LA MEDICINA CLÍNICA

THE SOCIAL REPRESENTATION OF NURSES ON CRITICALLY ILL PATIENTS IN THE CONTEXT OF CLINICAL MEDICINE

Táisa Diva Gomes Felipe², Raquel de Souza Ramos³, Antonio Marcos Tosoli Gomes⁴, Viviane Pinto Martins Barreto⁵, Olga Veloso da Silva Oliveira⁶

RESUMO

Introdução: Este estudo teve como objeto a representação social dos enfermeiros de clínica médica sobre a assistência ao paciente crítico fora da terapia intensiva e como objetivos identificar as representações sociais dos enfermeiros no atendimento ao paciente crítico na clínica médica e discutir as repercussões dessas representações no cotidiano de trabalho. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo desenvolvido à luz da Teoria das Representações Sociais, em um serviço de clínica médica de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro. Foram abordados 30 enfermeiros atuantes na clínica médica, através de entrevistas semi-estruturadas que foram analisadas através de análise de conteúdo. **Resultados:** Tendo como resultado 297 unidades de registro, distribuídas em 07 temas agregados em 03 categorias: A presença do paciente crítico na clínica médica, tecnologias do cuidado e sentimentos ao prestar assistência ao paciente crítico. **Discussão e Conclusões:** Conclui-se que a representação social deste grupo caracteriza-se pela falta de recursos humanos e materiais e de planta física adequada ao atendimento ao cliente crítico na clínica médica. (Rev Cuid 2012;3(3):363-70).

Palavras chave: Medicina Clínica. Tecnologia Biomédica. Terapia Intensiva. (Fonte: DeCS BIREME).

RESUMEN

Introducción: Este estudio tuvo como objeto la representación social de las enfermeras en la clínica en la atención al paciente crítico fuera de la vigilancia intensiva y tiene como objetivo identificar las representaciones sociales de las enfermeras en el cuidado del paciente crítico en la clínica médica y discutir las implicaciones de estas representaciones en el trabajo diario. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo desarrollado a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales en una clínica de servicio de un hospital universitario de Rio de Janeiro. Fueron abordadas 30 enfermeras que trabajan en la clínica médica, a través de entrevista semiestructurada y evaluadas mediante análisis de contenido. **Resultados:** Se obtuvieron 297 unidades de registro, distribuidas en 07 temas agregados y en 03 categorías: La presencia de pacientes en estado crítico en la clínica médica, tecnologías de cuidado y sentimientos para cuidar al paciente crítico. **Discusión y Conclusiones:** Llegamos a la conclusión de que la representación social de este grupo se caracteriza por la falta de recursos humanos y materiales y de planta física adecuada para el servicio al cliente en clínica médica crítica. (Rev Cuid 2012;3(3):).

Palabras clave: Medicina Clínica. Tecnología Biomédica. Cuidados Intensivos. (Fuente: DeCS BIREME).

¹ Artículo Original de Investigación.

² Enfermeira Pós Graduada em Clínica Médica pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ e Enfermagem do Trabalho pela Faculdade São Camilo. Professora da Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO. Correspondencia: Estrada São João Caxias Lote 21 Quadra 02 Bairro: Parque Novo Rio, São João de Meriti – RJ CEP: 25515-420 \ Tel: 3657-1060 – 8590-3707. E-mail: taisadiva@gmail.com

³ Doutoranda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto e Instituto Nacional de Câncer

⁴ Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁵ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Antônio Pedro.

⁶ Mestranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto e Instituto Nacional de Câncer.

Artículo recibido el 25 Septiembre de 2012 y aceptado para publicación el 12 de Noviembre de 2012.

ABSTRACT

Introduction: This study was aimed at the social representation of nurses in the clinic in critical patient care outside the intensive care and aims to identify the social representations of nurses in the care of critically ill patients in the medical clinic and discuss the implications of these representations in daily work. **Materials and Methods:** A qualitative study developed the Theory of Social Representations in a nursing service of a university hospital in Rio de Janeiro. We approached 30 nurses working in the medical clinic, through semistructured were analyzed using content analysis. **Results:** results in 297 registration units, distributed in 07 topics in 03 categories added: The presence of critically ill patients in the medical clinic, technologies and feelings to help care for critical patients. **Discussion and Conclusions:** We conclude that the social representation of this group is characterized by a lack of human and material resources and physical plant suitable for customer service in critical medical clinic.

Key words: Clinical Medicine. Biomedical Technology. Intensive Care. (Source: DeCS BIREME).

INTRODUÇÃO

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo surgiu a partir da prática no cuidado dos pacientes críticos internados em uma enfermaria de clínica médica durante minha atuação como enfermeira residente de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Neste cenário pude observar as dificuldades de recursos materiais e de capacitação da equipe de enfermagem para prestar assistência adequada às necessidades emanadas pelo sujeito que requer cuidados intensivos nesse ambiente. No cenário da saúde pública do Brasil observa-se um quantitativo limitado de leitos de terapia intensiva, contrapondo a realidade internacional (1), o que torna frequente a presença de pacientes que demandam de cuidados críticos em setores hospitalares não preparados para essa modalidade de atendimento, como por exemplo as unidades de internação de clínica médica.

A Clínica Médica é uma especialidade orientada ao tratamento de doenças mais frequentes do adulto (2), onde o enfermeiro presta, em linhas gerais, assistência integral e orientações aos pacientes adultos de média complexidade, capacitando-os para o auto cuidado com o objetivo de reduzir agravos e riscos à saúde durante o período de internação e após a alta hospitalar.

Já na unidade de terapia intensiva, o enfermeiro assume as atividades de maior complexidade tecnológica exigida pelo quadro clínico crítico do paciente. Essa unidade tem como requisito específico dispor de equipamentos e materiais que permitam a monitorização contínua dos pacientes além de um dimensionamento e capacitação de recursos humanos diferenciados (3). Trata-se, portanto, de duas unidades bastante diferentes, com modalidades

bastante distantes de atenção, bem como requerem uma complexidade tecnológica igualmente diferenciadas.

Diante da realidade encontrada no campo da prática profissional, que impõe ao enfermeiro de Clínica Médica uma adaptação constante de suas atividades e do ambiente terapêutico para melhor assistir ao paciente crítico na falta de vaga em ambientes de terapia intensiva e considerando a possibilidade de gerar impactos diretos e expressivos no cotidiano de trabalho desses sujeitos, definimos como objeto do presente estudo a representação social dos enfermeiros de clínica médica sobre a assistência ao paciente crítico fora do ambiente de terapia intensiva.

Para a realização do presente estudo destacamos as seguintes questões norteadoras: de que forma o enfermeiro de clínica médica representa a assistência prestada ao cliente que demanda de cuidados intensivos em uma unidade de clínica médica? E quais as repercussões dessa representação no cotidiano de trabalho desses profissionais?

Diante do exposto os objetivos eleitos para este estudo foram:

- Identificar as representações sociais dos enfermeiros no atendimento ao paciente crítico na unidade de clínica médica.
- Discutir as repercussões dessas representações no cotidiano de trabalho desses sujeitos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tomando-se por base os objetivos propostos para esta pesquisa, optamos pela abordagem de natureza qualitativa, uma vez que tal abordagem possibilita alcançar os objetivos inicialmente traçados. O método qualitativo é descrito como “aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (4). Sendo assim, a pesquisa qualitativa foi escolhida em função da intenção de captar as dimensões e as construções mentais coletivas, onde irá proporcionar um resultado conciso e unificado do estudo.

Esta pesquisa foi realizada no Serviço de Clínica Médica (unidades especializadas e não especializadas) de um Hospital Universitário Estadual de grande porte localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, organizado em 18 unidades de internação, com 156 leitos em atividade e 106 enfermeiros do quadro (concursados e contratos administrativos), no período de agosto de 2010 a novembro de 2011.

Como técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada; onde a mesma utiliza “um roteiro fixo, mas com liberdade para acréscimo de perguntas” (5). Para tal foi elaborado um roteiro de entrevista onde foram utilizados codinomes visando preservar o anonimato e a fidedignidade das respostas. As falas foram gravadas e transcritas imediatamente após a coleta de dados. A análise dos dados foi através da técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin. A mesma considera que

tratar o material significa codificá-lo, o que corresponde à uma transformação dos dados brutos do texto através do recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo (6).

Os sujeitos do estudo foram 30 enfermeiros do serviço de clínica médica, tendo como critério de inclusão atuar no serviço de clínica médica e exclusão não estar atuando no período do estudo. Os mesmos foram classificados pelas características e variáveis sócio demográficas sexo, faixa etária, tempo de formação e tempo de atuação em clínica médica e se possui especialização, gerando a seguinte distribuição: 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino. 63% com tempo de formação de 01 a 05 anos, 56,6% com idade entre 27 e 30 anos e 73,3% atuando entre 01 e 05 anos na Clínica Médica. Destes, 100% dos sujeitos possuem pós-graduação, sendo que 16,6% em Clínica Médica e outros 16,6% em Terapia Intensiva.

Para ser aprovado o estudo foi submetido ao comitê de ética e pesquisa do HUPE conforme Resolução nº196/96, e aprovado pelo protocolo CEP/HUPE: 2843/2011 – CAEE: 0288.0.228.000-11.

RESULTADOS

A Clínica Médica é a especialidade responsável pela orientação e tratamento de diversas doenças mais frequentes do adulto, e quando necessário encaminhando para tratamento específico com especialista. Com o atendimento de diferenciadas patologias a clínica médica é referenciada a atender pacientes de cuidados mínimos a intermediários sendo a porta de entrada de uma unidade de internação hospitalar, realizando a investigação diagnóstica e o tratamento adequado à patologia. Na vigência de complicações e agravos clínicos, passando a responsabilidade desse atendimento às unidades especializadas em cuidados intensivos.

Por sua vez, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) é uma unidade que concentra os recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, não disponíveis em outras áreas do hospital. Esta área é destinada à internação de pacientes graves de cuidados intensivos, que requerem atenção profissional especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (7). Este setor foi organizado com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência prestada ao paciente crítico dispondo de recursos tecnológicos e humanos qualificados.

Em Terapia Intensiva encontramos pessoas em acelerado processo patológico, de origem aguda ou crônica agudizada, e que necessitam de intervenções prontas e condutas profissionais voltadas à garantia da sua sobrevivência e recuperação com assistência intensiva adequada (8).

O enfermeiro intensivista encontra-se envolvido por um aparato tecnológico de ponta, executa inúmeros procedimentos invasivos e enfrenta situações limítrofes de vida e de morte do cliente (9). Este cenário exige

que o enfermeiro seja capaz de tomar decisões de forma rápida, precisa e crucial, baseadas em conhecimentos das áreas da administração, biologia, fisiologia, psicologia, semiologia/semiotécnica, entre outras.

A complexidade de assistência de enfermagem prestada deve ser de acordo com as necessidades do paciente atendido e o grau de dependência do cuidado que irá ser prestado, exigindo recursos humanos quantitativos e qualitativos adequado para se estabelecer as horas dispensadas de assistência prestada ao paciente, podendo ser utilizado o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), descrito pela resolução COFEN- 189/96 (10), possibilitando assim diferenciar a gravidade do paciente internado e estabelecendo os cuidados a serem prestados.

Outro destaque importante na prática assistencial, tanto em terapia intensiva, quanto em Clínica Médica é a compreensão do conceito de tecnologia de cuidado em saúde. A tecnologia em saúde, material ou não, compreende os saberes específicos, procedimentos técnicos, instrumentos e equipamentos utilizados nas práticas de saúde (11). As tecnologias na área da saúde foram agrupadas em três categorias onde são inseridas no cuidado ao paciente e compreendem a tecnologia dura, a leve dura e a dura. A tecnologia dura é representada pelo material concreto, tais como mobiliários, equipamentos e materiais de consumo. A leve dura compreende os múltiplos saberes das disciplinas que compõe o cenário da saúde e já a tecnologia leve se expressa pelo processo de produção, comunicação, do estabelecimento de vínculos e relações no sentido de atender às necessidades de saúde dos usuários.

Deste modo as três tecnologias agrupadas estão diretamente inseridas e presentes no cotidiano da enfermagem, pois estão presentes nas intervenções assistenciais do trabalho em saúde, tanto na clínica médica como na terapia intensiva. Assim sendo, podemos inferir que na unidade de clínica médica são utilizadas, prioritariamente, as tecnologias leve e leve-dura que são os conhecimentos teóricos, científicos e práticos aplicados ao cuidado. Já na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além das já citadas, a tecnologia mais utilizada é a tecnologia dura através dos equipamentos e exames de maior complexidade tecnológica utilizados na prática de cuidado ao paciente.

Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais, em linhas gerais, traduz a maneira como o grupo pensa nas suas relações com o fato, podendo ser compreendida como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (12).

Desta forma, a representação pode ser definida como uma visão funcional do mundo, que permite ao indivíduo e ao grupo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade a partir de seus próprios cenários de referência, presentes também no cotidiano dos

profissionais de saúde, refletindo e formando opiniões acerca da presente rotina das unidades hospitalares. Assim sendo, a opção por sua utilização no presente estudo, se dá por perceber nela a possibilidade de compreensão das construções que fazem parte da realidade dos indivíduos e de grupos sociais. Destaca-se que vem sendo utilizada para explicar diferentes objetos que nos incomodam ou que emanam de nossas práticas cotidianas.

DISCUSSÃO

A análise de conteúdo das entrevistas resultou em 297 unidades de registro, distribuídas em 07 temas, sendo, por sua vez, agregadas em 03 categorias descritas e discutidas a seguir.

Categoria 1 - A presença do paciente crítico na clínica médica: Sub-cat 1- Paciente de alta complexidade na unidade de clínica médica e Sub-cat 2 - Formas de enfrentamento dos enfermeiros.

A presente categoria apresenta 02 subcategorias organizadas em 81 UR: paciente de alta complexidade na unidade de clínica médica com 55 UR e formas de enfrentamento dos enfermeiros com 26 UR.

A representação social deste grupo de profissionais nos permite evidenciar a existência de pacientes críticos no cotidiano da clínica médica, desta forma pode-se afirmar que as características dos pacientes internados estão fora dos parâmetros de estrutura e locação setorial.

É imperativo, portanto, que perante a presença de um paciente crítico na Clínica Médica o enfermeiro adote estratégias de assistência com os recursos disponíveis, realocando assim sua equipe técnica, e reestruturando o manejo da enfermagem com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade dentro dos seus limites estruturais, sobrecarregando assim o seu quadro de funcionários do ponto de vista físico, psicológico e estrutural, uma vez que este setor está estruturado para o atendimento de pacientes com cuidados mínimos aos intermediários. Tais reflexões podem ser identificadas nos fragmentos abaixo:

[...] constantemente nossos pacientes agravam ficando em cuidados intensivos e não tem vaga no CTI, porque o hospital tem poucas vagas em CTI e acaba tendo que atender e prestar assistência para esses pacientes na clínica médica mesmo [...] (E12)

[...] mais é comum ver por todo hospital não só na clínica médica, mais em outras enfermarias pacientes críticos que não tem aonde serem internados por não ter leito em terapia intensiva [...] (E28)

Dentro desse contexto, os enfermeiros evidenciam a inadequação quanto à gravidade assistencial e o setor vigente. Sendo assim, frente à assistência a ser prestada, cabe a esse profissional que atua como líder do setor, adequar e estruturar as instalações como também a

equipe, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade, sem dispor de suporte quanto à estrutura física, tecnológica e suporte técnico especializado.

Com o conteúdo técnico de aprendizado, em sua maioria abordado no período da graduação, cabe como alternativa de adaptação desses profissionais elencar métodos de assistência visando preservar a estabilidade do paciente. Ressalta-se que por fazerem parte do quadro de funcionários do setor de clínica médica, não se torna obrigatório a prática ou titulação de especialista em terapia intensiva, conforme abaixo descrito nos depoimentos:

[...] porque tenta se adequar ao meio, dar o mínimo de suporte básico para aquele paciente sobreviver, as vezes consegue, mais pela própria equipe do que o ambiente [...](E7)

[...] procedimentos em relação a paciente crítico você só tem na formação, mas na prática o acontecer isso é completamente diferente, então eu tive que me adaptar [...] (E22)

[...] o protocolo é: aquele, o mais experiente que tem que determinar o que se deve fazer [...](E30)

A partir das reflexões, pode ser observado que apesar do fato de adaptação ao meio, e a não conformidade, o enfermeiro prioriza o atendimento, assumindo o paciente com cuidados integrais com o objetivo de prestar o mínimo de suporte de vida, mantendo assim a integridade do paciente, esforço esse exercido pela equipe e não pela estrutura institucional inadequada.

Nesse contexto, de acordo com o enfoque assistencial voltado aos problemas no âmbito individual, pressupõe-se que as unidades de cuidados devam ser adequadas às necessidades da clientela atendida. Desta forma, o fato poderia ser diferenciado se o paciente de alta complexidade, após apresentar sinais clínicos de instabilidade, em condições normais fosse transferido para o setor de referência como a Unidade de Terapia Intensiva, e não permanecendo por tempo prolongado na unidade de clínica médica.

Categoria 02 – Tecnologias do Cuidado: Sub-cat.1 – Falta de recursos humanos e materiais, Sub-cat. 2 – Preparo pessoal e profissional.

A existência de paciente crítico, em uma enfermagem de clínica médica, coloca em evidência as limitações apresentadas pelos profissionais que estão atuando no atendimento desse paciente, sejam elas em recursos humanos, recursos materiais ou em conhecimento técnico científico, apesar de as unidades estudadas não serem específicas para o atendimento de paciente com tal complexidade.

Mediante a esse fato, pode ser observado em relatos dos enfermeiros que atuam na clínica médica, referências ao despreparo técnico e científico da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar, caracterizando assim a ausência de tecnologia leve-dura.

Neste sentido, mesmo com a presença de enfermeiros, e alguns integrantes da equipe que prestam assistência a esse paciente apresentarem experiência em terapia intensiva, a assistência torna-se prejudicada no setor na medida em que a falta de recursos materiais e tecnológicos importantes para o atendimento não fazem parte do suporte técnico padronizado e disponibilizado pela instituição para o nível de complexidade de cuidado esperado para pacientes internados em unidades de clínica médica.

Esta categoria é composta por 139 UR unidades de registro, dividida em duas subcategorias: falta de recursos humanos e materiais que engloba a Tecnologia Dura com 53 UR e preparo pessoal e profissional com 86 UR esta categoria trata das seguintes temáticas: Tecnologia Leve - falta de pessoal e Tecnologia Leve Dura - saber estruturado. Observa-se que, nas representações dos atores sociais, as tecnologias de cuidado apresentaram na totalidade das entrevistas.

As tecnologias do cuidado se fazem presente no âmbito hospitalar, como forma de estabelecer a integração do homem com o meio dos saberes e dispositivos tecnológicos, facilitando assim o trabalho em saúde atendendo as necessidades para o cuidado.

Dessa maneira, a interligação desses três tipos de tecnologia pode produzir uma qualidade no sistema de assistência e atenção à saúde, pois busca atender o problema de saúde, produzindo saúde e minimizando o sofrimento humano.

Contudo, os profissionais da unidade de clínica médica aqui representados referem a ausência das três tecnologias e suas eficácias, com maior destaque para a tecnologia dura:

[...] A falta de recurso é a maior dificuldade [...]
(E1)

[...] problema são os materiais permanentes como: os monitores, cateteres, drenos, dispositivos específicos que só tem em setores críticos e que não nos são disponíveis aqui na clínica médica [...](E10)

[...] não tem suporte, nem de material, nem de medicamentos tudo muito complexo nenhuma estrutura de material para isso [...] (E21)

Partindo da apreensão dos momentos de processo de trabalho, os profissionais entrevistados referiram-se à falta de recursos materiais como “um grande problema” e afirmaram que, muitas vezes, é preciso improvisar, e isso nem sempre traz benefícios ao paciente.

Utilizando esta vertente de análise, a clínica médica apresenta um déficit de recursos específicos. Devido a esse déficit de materiais e dispositivos de suma importância podem ocorrer atrasos para efetuar determinados procedimentos, minimizando, assim, os potenciais de sobrevida do paciente.

Dentro desse contexto, outra tecnologia do cuidado

que se destaca na representação dos atores sociais é a tecnologia leve. Tal vertente pode ser evidenciada no tempo de assistência dispendido ao paciente de cuidados intensivos e no quantitativo de pessoal que são bastante diferenciados entre os dois setores. Cabe ao gestor promover o dimensionamento de recursos humanos em função da missão de cada unidade.

Esta ferramenta gerencial tem como objetivo garantir a qualidade na assistência prestada, possibilitando que a estrutura de planejamento assistencial do trabalho não se torne prejudicada e atendimento defasado ao paciente. Sendo assim, os depoimentos revelam a ausência destes profissionais, por não estar estruturada para atender ao paciente de alta complexidade:

[...] só não tem condições direito de trabalhar principalmente a falta de recursos humanos. A pessoa fica sem uma assistência de qualidade, não tem gente suficiente pra isso [...](E4)

[...] então fica muito prejudicada a assistência como um todo. Tanto o paciente que precisa de cuidados intensivos, quanto os demais que na maioria não são nem vistos [...] (E28)

Sabe-se que nem sempre é possível proporcionar o melhor atendimento mediante a inexistência de um quantitativo de pessoal suficiente, com base na realidade dos relatos. Desta maneira é observado que o paciente de alta complexidade que demanda de cuidados intensivos absorve as horas de assistência da equipe, que para esta complexidade é insuficiente, ressaltando a quantidade de tarefas a serem realizadas, que também sofrem com a escassez de recursos humanos, assim, os demais pacientes compartilham do prejuízo na assistência.

Outra tecnologia do cuidado destacada no presente estudo é a tecnologia leve dura já que é através do saber estruturado e o saber fazer que todo planejamento assistencial é fomentado. A diversificação do conhecimento técnico, que ocorreu paralelamente ao aumento na divisão do trabalho de enfermagem, implicou na necessidade de diferenciar os conhecimentos do grupo.

Sendo assim, as diferentes especializações, fazem com que os profissionais se aprofundem em uma determinada área de atuação.

O conhecimento científico é o único meio de se obter o desenvolvimento técnico, absoluto e irrefutável. Assim pode-se observar nas falas que descrevem a necessidade de conhecimento técnico-científico para este grupo de profissional frente ao evento descrito.

[...] eu fiz pós em terapia intensiva por que aqui só tem paciente crítico, eu não sabia nada [...]
(E16)

[...] então eu tive que me adaptar, ler muito estudar muito para poder atuar da maneira correta [...](E28)

[...] porque grande parte dos recursos humanos que está na clínica não é apto para atender

um paciente crítico, inclusive a equipe médica que também é insegura, ela não está apta para atender [...] (E30)

Em outras palavras, os enfermeiros deixam transparecer as suas experiências particulares, não sistematizadas, ou seja, o conhecimento adquirido, em algumas situações de forma empírica, representando a forma pela qual adquirem confiança em seu agir correto e seguro, ou seja, sem conhecimentos teóricos especializados para sistematizar e controlar o que está sendo visto.

Contudo, observa que o conhecimento científico não é conhecimento comprovado, mas representa conhecimento que é, provavelmente, verdadeiro, quanto maior for o número de observações formando a base de uma indução e maior a variedade de condições sob as quais essas observações são feitas, maior será a probabilidade de que as generalizações resultantes sejam verdadeiras (13).

Neste sentido, o conhecimento também é baseado através das experiências vividas, ou observadas em eventos do cotidiano, por sua vez gera inseguranças em alguns dos autores sociais, buscando assim o aprimoramento técnico científico através de especialização em terapia intensiva.

Sendo assim, a adequação de assistência de enfermagem ao paciente crítico encontra-se baseada em um número suficiente de pessoal treinado para fornecer assistência específica e observação contínua, uma planta física elaborada com equipamentos tecnológicos específicos e manutenção constante e organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada, seja ela na unidade de terapia intensiva ou na unidade de clínica médica.

Categoria 03 – Sentimentos ao Prestar Assistência ao Paciente Crítico: Sub-cat.1 – Sentimentos despertados, Sub-cat. 2 – Estresse no trabalho.

Ao desenvolver a pesquisa foi observado que dos 30 enfermeiros entrevistados, todos relataram sentimentos negativos quanto à assistência prestada ao paciente crítico na clínica médica, pelo fato de não poderem atuar com qualidade nas atribuições a eles designadas nos setores em que estão lotados. Os relatos apontam para a precariedade do trabalho e a sensação de que sempre fica algo a desejar e a possibilidade de comprometer a imagem da equipe diante das dificuldades de atender adequadamente este tipo de paciente.

As experiências negativas estão relacionadas aos membros das equipes, ao preparo inadequado dos médicos e da enfermagem para atender a este paciente. Surgindo o despertar de sentimentos e sensações que fogem do cotidiano de trabalho, como o estresse, por não ter um suporte favorável e a responsabilidade de resolver a questão principal, que é manter a estabilidade clínica do paciente.

Estudos pioneiros descrevem o estresse ocupacional

como desgaste do organismo devido à sobrecarga de trabalho. O estresse ocupacional, o qual se defronta o trabalhador moderno, se destaca como de especial importância, principalmente em algumas profissões como, por exemplo, a enfermagem (14).

A análise desta categoria, através dos dados obtidos, destaca os sentimentos elencados pelos profissionais ao prestar assistência ao paciente crítico na unidade de clínica médica, que após a reflexão das dificuldades levantadas por estes profissionais, verifica-se a representação social deste grupo que em sua totalidade é representada por sentimentos negativos. Desta forma esta categoria é composta por 77 UR, dividida em duas subcategorias: Sentimentos despertados com 49 UR e Estresse do trabalho com 28 UR.

Apartir das reflexões que foram realizadas a cerca do ambiente de trabalho desfavorável, da falta de recursos humanos e recursos tecnológicos disponíveis é observado que este déficit utilizado para realizar a assistência e cuidado de enfermagem requerida para o paciente crítico, desperta sentimentos negativo a equipe. Sendo assim os principais problemas decorrem das seguintes questões, apresentadas pelas representações:

[...]O paciente vai piorando cada vez mais não tendo muito o que fazer, é meio angustiante assim pra gente.[...] (E2)

[...] aprende com as coisas ruins, aí fica aquele pensamento, isso poderia ter acontecido de uma forma melhor ou pior [...] (E8)

[...] então você sobrecarrega a equipe, e a possibilidade de acontecerem erros se torna gigantesca [...] (E26)

Considerando os fatores críticos elencados e a responsabilidade pela vida do paciente o enfermeiro ao deparar-se com a escassez estrutural, gera sentimentos como os observados acima. O sofrimento psíquico do trabalhador está associado ao desgaste no trabalho, ao sentimento de insegurança no trabalho e o setor de atuação do profissional, associados a assistência a clientes.16

Em função do exposto, a falta de segurança pode estar associada ao despertar de tais sentimentos negativos. Ao implementar cuidados com o objetivo de manter a saúde do paciente diante de barreiras institucionais de toda natureza, o profissional é exposto ao sofrimento e, mesmo ante a todos os estressores, ainda se permite equilibrar a equipe que lhe é confiada. Desta maneira, as situações que causam ansiedade ao profissional desencadeiam o estresse de toda equipe, acarretando manifestações desagradáveis, como observado nas falas:

[...] e a equipe começa se estressar, tem aquele estresse do trabalho[...] (E4)

[...] tem o estresse que gera na equipe, nos outros pacientes e na família com aquela aparência chocante [...] (E23)

[...] principalmente interferindo no emocional o estresse, de todos os envolvidos [...] (E24)

Por sua vez, todos os fatores elencados despertam o estresse ocupacional. O estressores no trabalho e os ambientes de trabalho negativos alteram a capacidade funcional e moral dos trabalhadores de enfermagem, e interferem em sua saúde psíquica, geram tensões laborais patogênicas e insatisfações no trabalho para a má qualidade da assistência prestada (15).

Pensando neste fato, o estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem vem sendo pesquisado, pelo fato da profissão requerer de total atenção, gerenciamento, saber técnico científico e habilidade para atuar com diversos enfrentamentos. Utilizando esta vertente de análise, vale ressaltar que os sentimentos despertados, e o estresse do trabalho neste grupo social podem acarretar danos a saúde destes profissionais, nos fazendo refletir sobre a importância de um ambiente de trabalho favorável, com condições dignas de realizar os atendimentos iniciais ao paciente crítico na clínica médica e logo após apresentar estabilidade clínica ser possível realizar sua transferência para o setor referenciado, objetivando melhorar a qualidade de trabalho e evitando agravos a saúde desta classe de trabalhador.

CONCLUSÕES

Através da teoria das Representações Sociais tornou-se possível evidenciar uma realidade vivenciada e emanada pelos enfermeiros em seu convívio social, já que englobam fenômenos presentes na realidade vivida diariamente pelos indivíduos.

Os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, na medida em que conseguimos descrever, contextualizar e analisar o conteúdo e representações dos enfermeiros que atuam na unidade de clínica médica.

Acreditamos ainda que este estudo caracteriza-se como um instrumento para melhor compreensão das complexidades existentes ao prestar assistência a um

paciente que demanda de cuidados intensivos em uma unidade de internação para cuidados de menor complexidade.

Assim podemos afirmar que a representação social deste grupo de profissionais se caracterizou pela falta de recursos humanos e materiais, onde os principais relatos apontam para a ausência das tecnologias de cuidado (leve, leve-dura e dura). Quanto à estrutura, os relatos dos profissionais apontam para a falta de recursos materiais o que dificulta e interfere na qualidade da assistência prestada ao paciente crítico. Assim podemos observar que a ausência de estrutura, a escassez de recursos materiais, deficiência de recursos humanos, e déficit de conhecimento a ser utilizado, são as principais representações do grupo investigado. Chamou-nos a atenção o fato de o paciente, nosso objeto de cuidado, não foi diretamente representado nos depoimentos.

Foi observado, também, que os profissionais enfrentam grandes problemas causados pelo fato de alguns membros da equipe não saberem atuar. Essa situação desencadeia o estresse e a frustração no grupo de trabalho. Alguns participantes relataram que se sentem desmotivados.

Reforçando as considerações anteriores é importante ressaltar que o estudo evidencia resultados que poderão resignificar discussões e práticas profissionais. Assim, entendemos que a representação social, quando utilizada com competência, poderá auxiliar o enfermeiro a dar direcionamento correto aos complexos problemas enfrentados no seu cotidiano. Em suma, diante dos resultados aqui apresentados, a enfermagem poderá desenvolver um olhar psicossocial dos problemas pesquisados visando melhorar o processo de trabalho e assistência, bem como gerar bases para a discussão de nossas práticas e horizontes profissionais.

Os autores declaram não haver conflito de interesses ou fonte de financiamento para este estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocco JR, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. *Rev. bras. ter. intensiva*, 2006,18(2), p.114-120.
2. Yater WM. *Clínica Médica*. Edição Brasileira 2º edição, volume 1. Tradutor, Prof. Custódio Figueira Martins; Editora Científica, 1946. p.129.
3. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2005 vol.13, n.2, p.145-150.
4. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 6.ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.269.
5. Figueiredo AC, Silva JF (Orgs.). *Ética e saúde mental. Ensaio de Marco Antonio Alves Brasil*. Rio de Janeiro: Top Books, 1996.
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. p.229.
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 07 de 24 de fevereiro de 2010. Regulamenta os requisitos mínimos para o Funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva.
8. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medidas de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. [Dissertação] São Paulo; Escola de Enfermagem da USP; 2002.
9. Barreto VPM. *A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes Internados em terapia intensiva* [Dissertação], Rio de Janeiro, 2009.
10. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde: Resolução nº 189. São Paulo (SP); 1996.
11. Gaidzinski RR. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. *Nursing*, São Paulo, 1998, 1(2). p. 78.
12. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em extensão. In: (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.
13. Chalmers AF. *O que é ciência, afinal?* São Paulo: Brasiliense; 1993.
14. Meirelles NF, Zeitoune, RCG. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2003 vol. 7, núm. 1, abril; p.78- 88.
15. Camarotti H. Saúde mental e trabalho: estudo da Região Norte de Saúde do DF. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, 1996. p. 29-40.