

O CUIDADO INTENSIVO EM UNIDADES NÃO-CRÍTICAS: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS

Rute de Oliveira Almeida¹ 
Márcia de Assunção Ferreira¹ 
Rafael Celestino da Silva¹ 

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas de enfermeiros recém-formados em face das suas representações sociais sobre o cuidado intensivo ao paciente crítico prestado em unidades de pacientes não-críticos.

Método: pesquisa qualitativa, pautada nas representações sociais, com 26 enfermeiros recém-formados em uma universidade privada do Rio de Janeiro (Brasil). Coleta de dados entre 2016 e 2017 por entrevista semiestruturada e análise do tipo lexical pelo *software* Alceste.

Resultados: o contexto da Unidade de Terapia Intensiva influencia as representações sociais, o que mobiliza aspectos identitários deste ambiente que estereotipam a enfermagem como um local desorganizado e que não dispõe de recursos materiais e de profissionais capacitados. Com isso, quando os recém-formados agem e apesar do esforço e dedicação não conseguem transferir o paciente, exacerbam-se o medo e falta de confiança, resultando em ações que podem trazer riscos ao paciente.

Conclusão: há estereótipos em relação à clínica que limitam as ações de cuidado do recém-formado frente ao paciente crítico, devendo ser resignificados na formação generalista. Recomenda-se desenvolver programas de acompanhamento dos enfermeiros recém-formados.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem. Terapia intensiva. Prática profissional. Psicologia social. Cuidados de enfermagem.

COMO CITAR: Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC. O cuidado intensivo em unidades não-críticas: representações e práticas de enfermeiros recém-formados. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20190089. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0089>

INTENSIVE CARE IN NON-CRITICAL UNITS: REPRESENTATIONS AND PRACTICES OF NOVICE GRADUATE NURSES

ABSTRACT

Objective: to analyze the practices of novice graduated nurses in view of their social representations on intensive care to the critical patient provided in non-critical patient units.

Method: a qualitative research, based on social representations, with 26 novice graduated nurses at a private university in Rio de Janeiro (Brazil). Data collection made between 2016 and 2017 by a semi-structured interview and lexical analysis by Alceste software.

Results: the context of the Intensive Care Unit influences social representations, which mobilizes identity aspects of this environment that stereotype the ward as a disorganized place and that does not have material resources and trained professionals. Thus, when novice undergraduates act and despite the effort and dedication fail to transfer the patient, fear and lack of confidence are exacerbated, resulting in actions that can bring risks to the patient.

Conclusion: there are stereotypes in relation to the clinic that limit the care actions of the novice undergraduates in relation to the critical patient, and should be re-signified in generalist education. It is recommended to develop follow-up programs for novice graduated nurses.

DESCRIPTORS: Nursing. Intensive therapy. Professional practice. Social psychology. Nursing care.

EL CUIDADO INTENSIVO EN UNIDADES NO CRÍTICAS: REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE ENFERMEROS RECIÉN GRADUADOS

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas de enfermeros recién graduados sobre la base de sus representaciones sociales acerca del cuidado intensivo del paciente crítico prestado en unidades de pacientes no críticos.

Método: investigación cualitativa, pautada en representaciones sociales, con 26 enfermeros recién graduados en una universidad privada de Rio de Janeiro (Brasil). La recolección de datos se realizó entre 2016 y 2017 mediante entrevistas semiestructuradas y análisis del tipo lexical por el *software* Alceste.

Resultados: el contexto de la Unidad de Terapia Intensiva influye sobre las representaciones sociales, y crea aspectos identitarios de este ambiente que marcan un estereotipo y estigmatizan a la enfermería como un lugar desorganizado que no dispone de recursos materiales ni de profesionales capacitados. En ese contexto, cuando actúan los recién graduados, y, a pesar de su esfuerzo y dedicación, no logran trasladar al paciente, se exacerbaban el miedo y la falta de confianza, que resultan en acciones que pueden implicar riesgos para el paciente.

Conclusión: hay estereotipos en relación a la clínica que limitan los cuidados que el recién graduado presta al paciente crítico y que deben ser resignificados en la formación de grado. Se recomienda desarrollar programas de acompañamiento de enfermeros recién graduados.

DESCRIPTORES: Enfermería. Terapia intensiva. Práctica profesional. Psicología social. Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, há uma preocupação crescente com a alocação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em face dos recursos limitados para atender o aumento do volume de pacientes que demanda por cuidados intensivos, bem como em razão da insuficiência de serviços. Nesta direção, os debates sobre quem precisa estar na UTI vêm sendo desenvolvidos na busca pelas melhores evidências sobre os critérios de admissão, triagem e alta, de modo a ajudar o profissional intensivista na decisão final quanto à admissão na UTI.¹⁻²

Mais recentemente, para enfrentar as restrições para a admissão na UTI foram criados em muitos hospitais os sistemas de resposta rápida, com o objetivo de que as equipes com conhecimentos especializados em cuidados intensivos avaliem os pacientes com risco de deterioração clínica nas enfermarias e implementem intervenções rápidas, na tentativa de evitar a internação na UTI, oferecendo cuidado intensivo fora do confinamento da UTI.³

Assim, a sobrecarga na capacidade de desempenho da UTI articulada à limitação do número de leitos disponíveis faz com que em muitas instituições haja uma recusa de pacientes⁴ e, com isso, que o cuidado intensivo seja realizado fora do ambiente da UTI, principalmente em enfermarias clínicas, cirúrgicas, emergências, unidades de recuperação pós-anestésica e ambulatoriais, neste estudo denominadas unidades não-críticas.⁵⁻⁶

Pesquisa que determinou o número necessário de leitos de UTI adulto no Rio de Janeiro (Brasil) para atender a atual demanda existente mostrou que, considerando um tempo médio de internação de 11 dias nas UTI reguladas seriam necessários 595 leitos ativos em comparação aos 268 existentes, para se garantir a estabilidade do sistema e atender as 33.101 solicitações que foram feitas à Central de Regulação de vagas no ano de 2010-2011.⁴

A legislação que se refere ao funcionamento das UTI admite a possibilidade do paciente crítico ou potencialmente crítico estar internado em outra unidade hospitalar. Neste caso, a transferência para uma UTI deve ser efetuada o mais rápido possível e, enquanto isso, o paciente deve ser assistido pela equipe da unidade onde se encontra.⁷ Particularmente, quanto à equipe de enfermagem, interesse do artigo em tela, a presença do paciente crítico em unidades de pacientes não-críticos traz impactos ao seu trabalho.

Exemplo foi percebido em investigação sobre a gravidade e carga de trabalho de enfermagem de pacientes candidatos à vaga na UTI, segundo a qual, embora os pacientes que foram admitidos na UTI tinham maior índice de gravidade e exigiam maior carga de trabalho da enfermagem, os que permaneceram na enfermaria como candidatos à vaga possuíam uma média de carga de trabalho da enfermagem muito próxima à média nacional dos pacientes que foram admitidos na UTI.⁸

Diante de tal impacto, vem à tona a questão do desempenho dos enfermeiros na realização do cuidado intensivo em unidades não-críticas, em particular dos enfermeiros recém-formados, categorizados como novatos por não terem experiência no exercício de uma prática.⁹ Isso porque na experiência profissional da pesquisadora atuando como docente percebeu-se que estudantes em transição do final da formação para o mercado de trabalho expressavam ansiedade, medo e recusa diante da possibilidade de prestar o cuidado intensivo como profissional, independente da escolha de atuar ou não na UTI.

As observações empíricas deste fenômeno, que indicavam estranhamento e mudanças de comportamento dos enfermeiros novatos, podem ser contrastadas com a análise da produção de conhecimento sobre o efeito da experiência na atuação profissional. Uma das pesquisas diferenciou as características e competências de 49 enfermeiros *experts* e novatos, para conhecer o que caracteriza um enfermeiro *expert*. Os resultados mostraram: visão ampla, capacidade de antecipação, perspicácia,

rapidez na ação, definição de prioridades com competência. Logo, têm saber aprofundado pela experiência na clínica de enfermagem.¹⁰

Por outro lado, os enfermeiros novatos têm dificuldades pela falta de preparo. Pesquisa feita com enfermeiros novatos, experientes e supervisores sobre as experiências dos novatos revelou incapacidade para aplicar o conhecimento aprendido na prática, pelas deficiências nos fundamentos do cuidado, comunicativas e gerenciais.¹¹

Quando estas deficiências são pensadas na especificidade da atuação no cuidado intensivo, observa-se que podem repercutir na segurança do paciente, aspecto que é problematizado em pesquisas da área.¹²⁻¹³ Numa delas, que investigou os fatores organizacionais que contribuíram para 638 eventos adversos identificados numa UTI de adultos verificou-se que o número de profissionais e a inexperiência foram fatores mais associados com a taxa de eventos adversos do que a severidade da doença do paciente.¹³

Evidencia-se, portanto, que a inexperiência influencia na atuação profissional deste recém-formado, trazendo à preocupação a competência desses enfermeiros para a assistência intensiva no contexto atual, fora da UTI. Acresce-se que a indisponibilidade de leitos de UTI é uma realidade veiculada comumente pela mídia, que produz um discurso sobre a permanência do paciente crítico em unidades não-críticas. Isso gera a necessidade aos enfermeiros que irão lidar com o cuidado intensivo nestas unidades de processarem tal fenômeno, pois, torna-se relevante, atual e socialmente importante para este grupo¹⁴ que passa a lidar com esta nova demanda de cuidado.

Assim, enfermeiros recém-formados produzem e comunicam suas representações sociais (RS), apresentando soluções para os problemas a partir da interação social que orienta suas ações.¹⁴ Objetivo: analisar as práticas de enfermeiros recém-formados em face das suas representações sociais sobre o cuidado intensivo ao paciente crítico prestado em unidades de pacientes não-críticos.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa que aplicou a teoria das representações sociais na vertente processual. Ao considerá-la uma teoria do senso comum elaborada e partilhada coletivamente com a finalidade de construir e interpretar o real, ganha realce o modo como os indivíduos produzem e justificam comportamentos, ações e interações com o fenômeno.¹⁴ Assim, as RS, enquanto teoria e método, possibilita compreender como os sujeitos elaboram seus pensamentos e como este se articula à dimensão prática na qual o fenômeno encontra-se impregnado.¹⁴

Sua aplicação baseia-se na defesa de que o cuidado intensivo em torno dos pacientes críticos internados fora da UTI tem espessura social para os enfermeiros recém-formados, na medida em que mobiliza seus afetos, saberes, diálogos e conversações sobre tal objeto, a partir dos quais ressignificam tal fenômeno. Então, o interesse é o de entender como essa representação se articula à prática de cuidado do enfermeiro recém-formado ao paciente fora da UTI.

A pesquisa foi desenvolvida com enfermeiros recém-formados provenientes de uma universidade privada do município do Rio de Janeiro (Brasil). Nesta, o cuidado intensivo é abordado em dois momentos específicos do curso de graduação em enfermagem: no sétimo período, quando ocorre a disciplina teórica de Enfermagem em UTI, com atividades teóricas e teórico-práticas, e no último período, quando ocorrem as atividades de estágio.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa no ano de 2016 houve a imersão da pesquisadora no estágio da disciplina Enfermagem em UTI, para se aproximar dos estudantes na fase final da formação, explicar sobre a pesquisa e selecionar contatos.

Quando da formalização da conclusão do curso a pesquisadora entrava em contato com os potenciais participantes inicialmente selecionados, convidando-os para a pesquisa e agendando a produção dos dados. Os critérios de seleção dos participantes foram: ter concluído o curso de

graduação em enfermagem na universidade cenário, no período da pesquisa. O critério de exclusão foi: ter formação e/ou atuação como técnico de enfermagem.

Este critério de exclusão se justifica porque nas RS as experiências prévias de contato com o fenômeno incidem na sua elaboração.¹⁴ Neste sentido, como na categoria de técnico de enfermagem havia a possibilidade de ter lidado profissionalmente com o cuidado intensivo no campo do cuidado de enfermagem, influenciando na construção da RS, optou-se por excluir esse grupo.

A produção dos dados ocorreu nos semestres letivos 2016.2 e 2017.1. Em dezembro de 2016 concluíram o curso 39 enfermeiros, sendo selecionados 12; em julho de 2017 finalizaram 62, dos quais 14 foram selecionados, totalizando 26 participantes. O término da produção de dados baseou-se na análise preliminar, que constatou o adensamento teórico e empírico para a compreensão do fenômeno.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram entrevistados em uma sala da instituição que sediou a pesquisa, com duração entre 20 e 30 minutos com aplicação de um roteiro semiestruturado com questões que abordaram: formação sobre o cuidado intensivo, cuidado intensivo fora da UTI, requisitos profissionais, dificuldades, riscos à segurança. Também se coletou dados de caracterização da pertença social dos participantes. Os dados gravados em dispositivo digital foram transcritos, revisados, preparados em corpus único e processados pelo *software* Alceste na versão 2012.

O programa aplicou procedimentos estatísticos para colocar em evidência os léxicos a partir dos quais o locutor fornecia informações sobre a racionalidade do seu discurso. Desta feita, o programa classificou o discurso dos recém-formados pela semelhança e não semelhança dos vocábulos empregados, bem como da sua ocorrência/coocorrência e função textual.

A análise baseou-se na Classificação Hierárquica Ascendente, na qual importa o nível de associação do léxico à classe, medido por um valor estatístico expresso em Phi, bem como as relações de vizinhança dos léxicos que explicam a dinâmica da classe; e o cruzamento dos léxicos nas unidades de contexto elementar (UCE), excertos recortados pelo programa.

Garantiu-se o anonimato dos participantes preservando-se a codificação das UCE, na qual Ind=enfermeiro recém-formado, seguido da ordem de realização da entrevista. A interpretação do significado das classes na interface com o fenômeno de estudo foi feita à luz da Teoria das Representações Sociais.¹⁴

RESULTADOS

A análise do programa se deu a partir de 2841 palavras diferentes que ocorreram 33707 vezes. A divisão do *corpus* em 781 uce resultou em 6 classes lexicais, sendo que o bloco que se estrutura pelas classes 1, 5 e 6 reflete a dimensão da prática dos participantes. A classe 1 foi formada por 115 UCE, representando a porcentagem de 22% do total do corpus, conforme figura 1.

Os léxicos emergência e clínica médica, que se ligam às palavras precisa e assistência, mostram a preocupação com o contexto de cuidado dos pacientes. Além disso, os léxicos de maior Phi foram os dos blocos que reúnem as palavras tentar, posso e vaga, e iria, dar e melhor, os quais expressam o desejo de tentar dar o seu melhor diante do cuidado ao paciente fora da UTI, e de tentar conseguir a vaga para este setor.

Estes sentidos são complementados pela análise das UCES, nas quais o uso dos léxicos paciente, clínica médica, enfermaria e emergência configura a avaliação dos recém-formados do contexto de assistir o paciente fora da UTI quando se colocam para agir frente a este cuidado:

Não tem como ter segurança, não consigo ver segurança, porque quando o paciente é medicado ele tem que ficar em um lugar tranquilo e como eu vou dar um paliativo, mas não vou conseguir proporcionar a ele aquilo que ele precisa que é a cura (UCE n°540, ind.18).

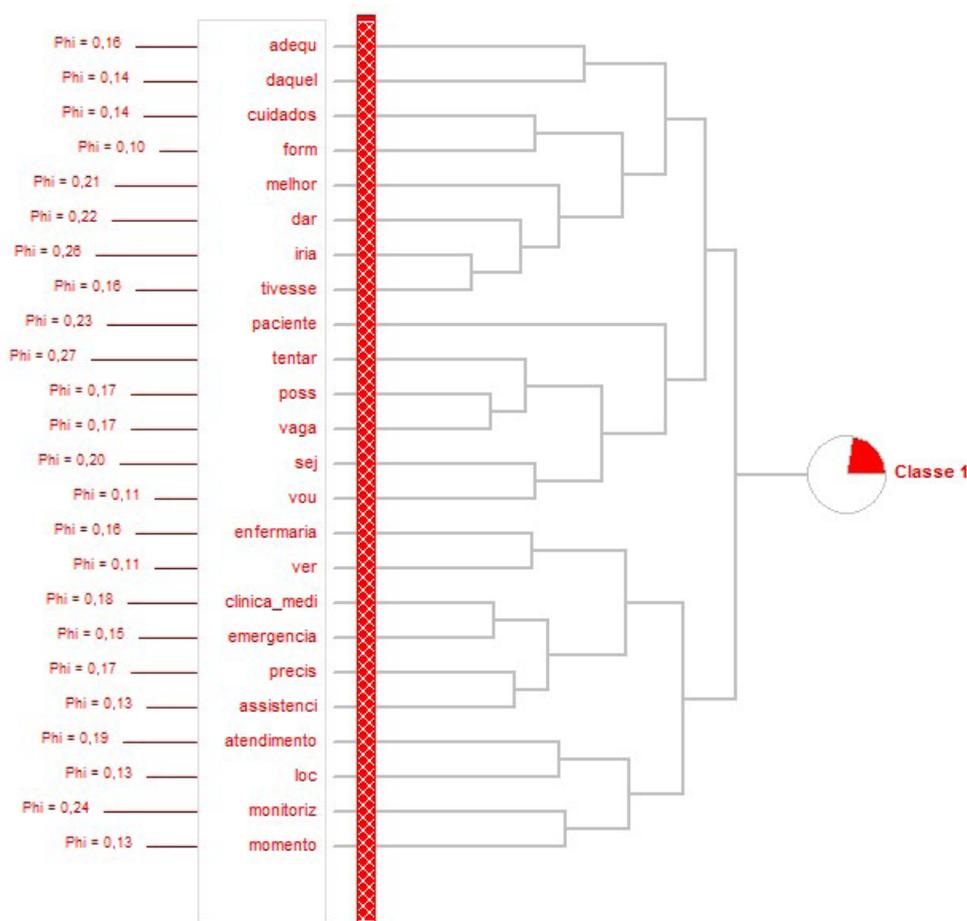


Figura 1 - Classificação hierárquica ascendente (CHA) da classe 1

Um paciente que deveria estar dentro da UTI e não é mantido dentro da UTI não é tratado da mesma forma. A UTI é mais reservada, mais tranquila, o paciente, às vezes, é monitorado na emergência, porém é muito barulho, muito estressante (UCE n°459, ind.16).

O conteúdo das UCES ressalta que o paciente deveria receber cuidados intensivos na UTI, cuja imagem é de um lugar “tranquilo”. Na clínica médica ele está fora do seu lugar natural, o que gera tensão por ser considerado inseguro. Esta avaliação conduz os recém-formados a conseguirem uma vaga na UTI para transferi-lo, como mostram os léxicos: vaga e transferir.

Tentar dar prioridade e agir com prioridade com esse paciente, pois é mais grave e deve tentar a vaga para o setor, tentar essa transferência. Eu iria tentar assisti-lo da melhor forma possível e tentar fazer a transferência do setor (UCE n°231, ind.08).

Nem sei te dizer o que faria, porque, sabendo que pode morrer a qualquer momento e que eu sou a responsável por ele ali, eu acho que iria nos familiares pedir pelo amor de Deus para transferir ele para outro lugar, uma rede privada, eu não sei (UCE n°183, ind.06).

Quando não há possibilidades de transferência, os discursos se voltam para os verbos tentar, dar e fazer, quando afirmam que tentariam dar o melhor possível na assistência a esse paciente, priorizando-o na sua monitorização, indicados nos léxicos melhor e monitoramento.

Agir com prioridade, se o paciente está crítico, tentaria monitorar e fazer os cuidados antes de conseguir a transferência. É ter uma prioridade naquele paciente, já que os outros estão assistidos, não têm gravidade, e assisti-lo da melhor forma possível (UCE n°232, ind.08).

Mexeria muito com o meu emocional, não daria muito certo. Mas, eu não fugiria da responsabilidade, agiria da melhor forma possível, o objetivo seria ele sair dali andando, eu faria o possível e o impossível para que ele tivesse uma melhora (UCE nº121, ind.03).

Diante desta situação de cuidado emerge no enfermeiro recém-formado a sensação de que não conseguirá atender, especialmente em virtude do manejo das tecnologias associadas à assistência intensiva, expressa nos léxicos: sozinha, monitorização, bomba e aparelhos.

O paciente crítico requer muita monitoração, eu acho que não vou me adequar a um monte de bombas, todos aqueles aparelhos, acho que eu não iria dar conta, posso estar enganada, mas eu olho para ali e acho que eu não vou dar conta (UCE nº226, ind.08).

A classe 5 apresentada na figura 2 reúne 71 UCES, totalizando 14% do conteúdo do corpus produzido.

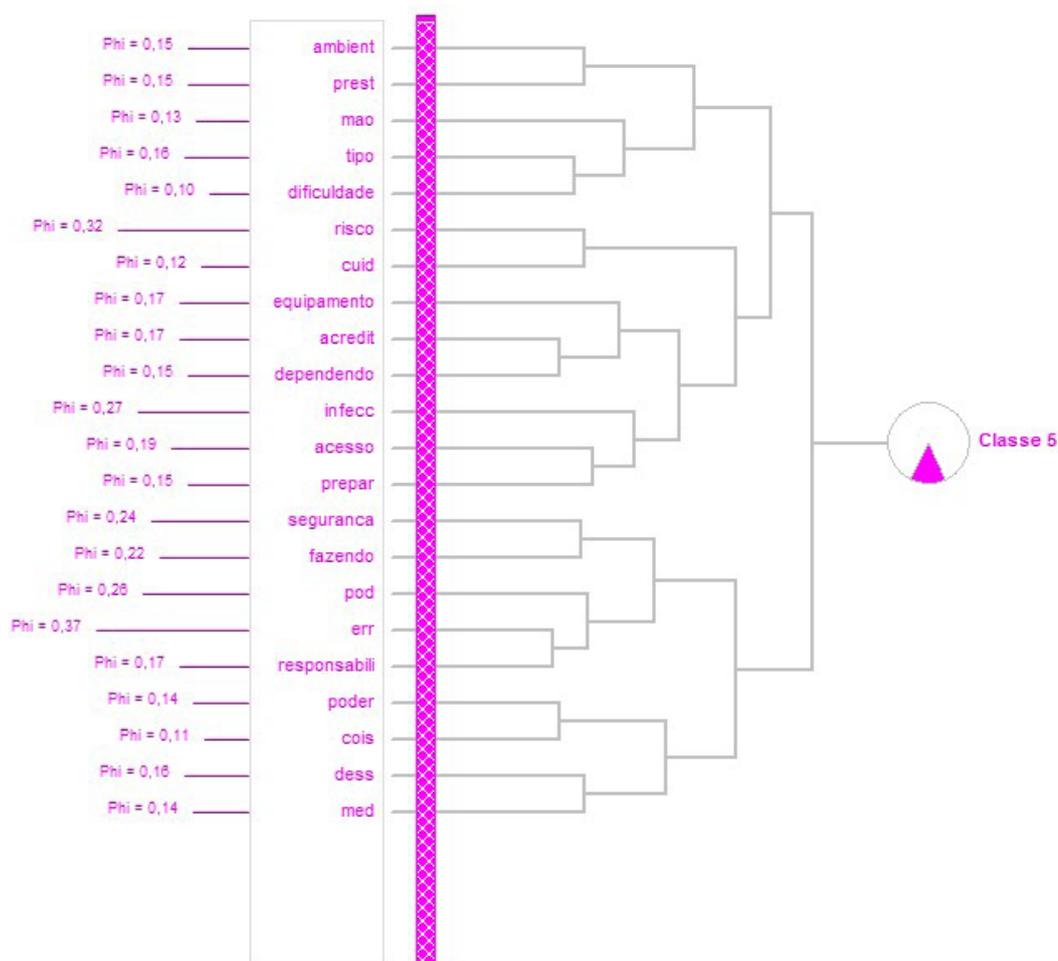


Figura 2 - Classificação hierárquica ascendente da classe 5

Há associação entre risco e cuidado, que tem nexos com os blocos que congregam, de um lado, os léxicos erro, pode e responsabilidade, e do outro, medo, dessa e coisa. Logo, o recém-formado cuidar do paciente crítico fora da UTI traz o risco do erro nas ações, o que gera medo e remete à responsabilidade profissional pela segurança do paciente.

O léxico de maior associação a esta classe foi erro/errado, que traduz esta possibilidade do recém-formado encontrar dificuldades durante o cuidado do paciente e, em face disso, ser realizado algum procedimento errado, causando danos a este.

Porque também tem isso, acho que isso é o meu maior medo, fazer uma coisa errada e assim, piorar a vida daquele paciente (UCE n°66, ind.02).

Você não sabe se está fazendo o certo ou o errado. Se você estiver fazendo de forma errada, dependendo do que estiver fazendo, pode danificar. Exemplo, vai passar uma sonda, eu não tenho segurança se a sonda foi para o pulmão ou em direção ao jejuno, então se a pessoa fizer a ausculta e pensar que está certa (UCE n°29, ind.01).

Os riscos do cuidado prestado pelos recém-formados à segurança do paciente são expressos nos léxicos risco e segurança, cuja preocupação é a de gerar um evento adverso. O principal é a infecção, preocupação do indivíduo 9 com o dano que pode causar ao paciente.

Teria riscos, vai haver uma dificuldade. Até a questão de experiência, um enfermeiro novo, nunca foi técnico, não está acostumado com o hospital, vai sentir um medo, certa dificuldade, ainda mais sem o aparato suficiente para prestar o cuidado (UCE n°236, ind.08).

Acredito que com medo, mas acredito que cuidaria também e mete a cara. A minha preocupação bem, na minha cabeça seria o risco de infecção, eu acho que aumenta fora da UTI, fora de um ambiente mais preparado para esse paciente (UCE n°261, ind.09).

Esses riscos implicam em responsabilidade no profissional, pela necessidade deste ter o preparo/qualificação exigido para se prestar um cuidado livre de danos. Isto no recém-formado é motivo de preocupação, ilustrada pelos léxicos preparo e responsabilidade.

Preferia começar em outros setores e se for um setor desse, me preparar melhor, fazer uma pós ou alguma coisa. Prestar ele pode, mas não sei se seria tudo certinho, tudo correto, poderia prestar, mas com alguma dificuldade (UCE n°82, ind.02).

A dificuldade seria como atuar, o que fazer se acontecer alguma coisa, de estar com responsabilidade daquela vida em minhas mãos. Alguma intercorrência, e: 'O que fazer? Meu Deus, por onde começar?' Porque um acesso colocado errado, algum procedimento que a gente faça, um curativo errado pode pôr em risco para gente e para ele (UCE n°560, ind.19).

A classe 6 é ilustrada na figura 3, composta por 94 UCES, 18% do conteúdo do *corpus*.

Uma das associações é entre os léxicos grande e complexidade, que se refere à caracterização do cuidado intensivo. Além disso, dois blocos de palavras tratam dos recursos para atender a esta complexidade, o que une questão e material, e o que aglutina recurso, equipe, profissionais e setor. Nesta compreensão, a prestação do cuidado intensivo necessita de recursos materiais e humanos em qualidade e quantidade. As ligações entre meio e difícil, nessa e condições, significam que na clínica não se dispõe destes recursos, o que é considerada uma condição difícil.

Na análise das UCES os entrevistados se referem ao cuidado intensivo do paciente ancorando-se na imagem do contexto da UTI, evidenciada pelo emprego dos léxicos: setor, UTI e complexidade. Sob esta perspectiva, o cuidado é categorizado como de alta complexidade, pela utilização de recursos terapêuticos avançados e pela ideia de morte a que está ligado.

E estrutura, a questão da equipe também, se meus técnicos vão estar habilitados a cuidar deste paciente, se eles sabem manejar este paciente de alta complexidade, os dispositivos, teriam que ver a questão da educação permanente (UCE n°671, ind. 24).

As pessoas acham que tem um grande índice de óbito, são poucos, porque de dez digamos que um ou dois saem e falam que vão para a UTI (UCE n°465, ind.16).

Por ser complexo, o cuidado intensivo realizado em outro contexto que não a UTI levanta questões acerca das condições e recursos para se implementar tal cuidado, vistas nos léxicos questão, condição e recurso. Uma das questões é a disponibilidade de recursos materiais, pois segundo os depoentes na clínica há falta dos materiais:

Material seria difícil, porque a gente não tem tantos materiais, às vezes não tem equipo fotossensível, ventilador como na UTI, não tem profissional (UCE n°290, ind.10).

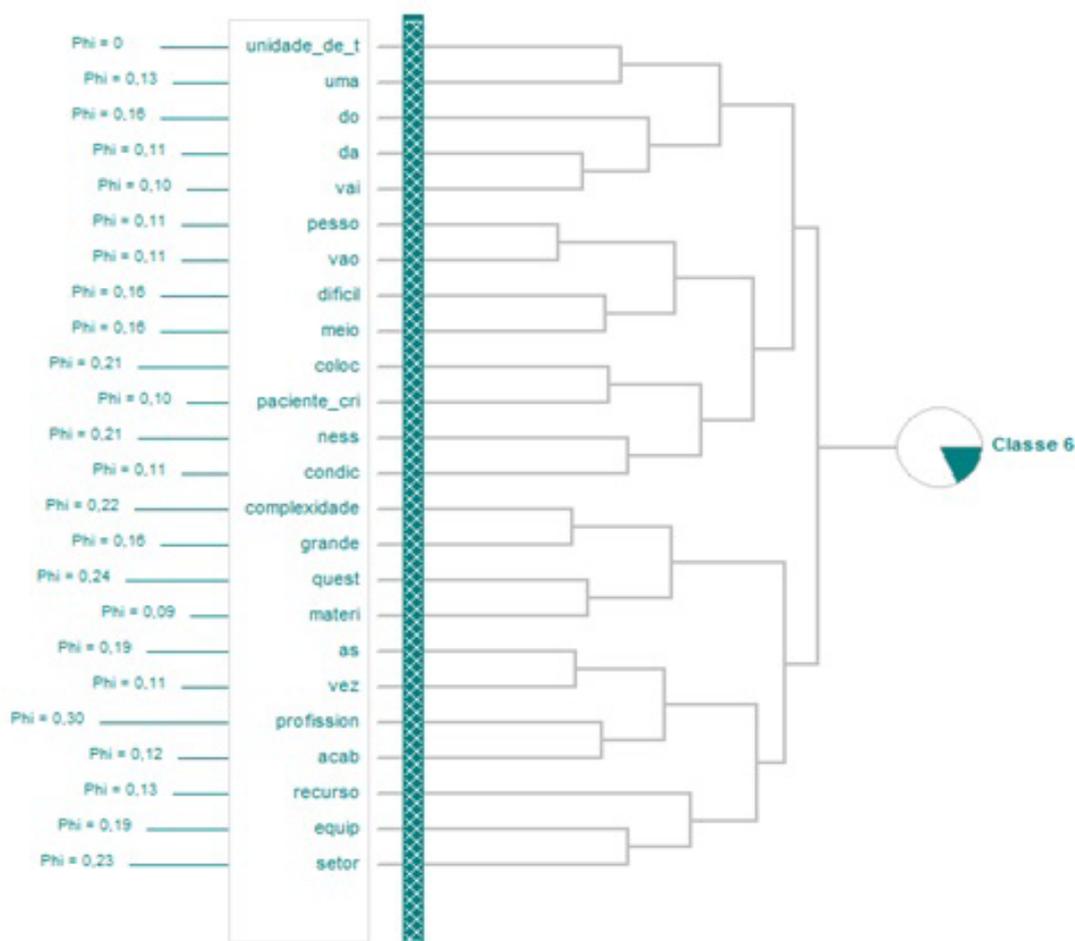


Figura 3 - Classificação hierárquica ascendente da classe 6

Em uma UTI é tudo mais amarradinho, tudo bonitinho, tem sonda, tem tudo lá, em outro lugar não é assim. Em questão de material e pessoal seria mais difícil coordenar a equipe para manter a melhor assistência para esse paciente [...] (UCE n°291, ind.10).

Outra questão abordada nos léxicos profissionais e dimensionamento foram os recursos humanos. Desta feita, há a preocupação com relação ao quantitativo de pessoal adequado para prestar uma assistência de qualidade. Os depoentes consideram que fora da UTI o quantitativo de pessoal é reduzido e, por isso, causaria um prejuízo no cuidado ao paciente crítico.

Os materiais, nem todos os materiais que você tem na UTI têm na clínica médica, a questão do dimensionamento de profissional dentro da UTI (UCE n°429, ind.14).

Acho que se você não tem material e condições, você pode saber, mas você não pode interagir com o paciente crítico. Acho que teria, pelo que vi lá, a quantidade de profissionais para o paciente, acho de suma importância, porque acaba sobrecarregando o profissional e acaba perdendo a atenção, pelo menos na UTI, é grande a complexidade (UCE n°393, ind.12).

Somado ao quantitativo de pessoal está a preocupação com a qualidade destes, em termos de capacitação da equipe de enfermagem. O léxico equipe se relaciona às competências para o cuidado intensivo, quais sejam: destreza, atenção, liderança, domínio da tecnologia. Todavia, julgam a equipe da clínica médica como não capacitada.

Acontece muito, as pessoas vão levando, porém, os profissionais não são capacitados como na UTI, eu fiquei na UTI coronária e na clínica médica com o paciente crítico. Na UTI coronária, as

mudanças de decúbito lá dificilmente abriam uma úlcera, quando vinha, vinha com a úlcera, mas a gente conseguia recuperar essa ferida (UCE n°283, ind.10).

Acho que essas seriam as duas dificuldades que enfrentaria. Ou até mesmo a equipe de enfermagem que não estaria preparada, porque uma equipe que atua na clínica médica é diferente da que atua na UTI, a equipe é diferente, a rotina, os trabalhos (UCE n°463, ind.16).

Diante do entendimento de que em setores de enfermagem não há recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade que deem sustentação ao cuidado intensivo nestes locais, adjetiva-se tal cuidado como difícil, configurando-se um grande desafio prestar a assistência ao paciente crítico fora da UTI, conforme se apresentam os léxicos difícil e desafio.

Difícil. Nada é pior daquela pressão psicológica, aquela responsabilidade, é tudo desorganizado e você vai ter que superar. Dentro de uma UTI fechada, porque cada unidade tem um padrão, seguindo os protocolos acho que não teria dificuldades (UCE n°413, ind.13).

Os resultados apresentados retratam as ações do recém-formado orientadas pelas RS do cuidado intensivo ao paciente crítico fora da UTI, construídas à luz da imagem do cuidado intensivo na UTI. Esta dialética entre o contexto da UTI e fora dele é vista quando os participantes abordam: os processos de trabalho - na clínica é tudo “desorganizado”, na UTI é “tudo amarradinho”, “tudo bonitinho”; os recursos materiais - na clínica “não tem nada” e na UTI, “tem tudo lá” (sonda, equipo, colchão, medicamento, ventilador); a equipe - os profissionais da clínica “não sabem mesmo”, “não sabem manejar”, enquanto na UTI os profissionais “são capacitados”, “diferentes”.

DISCUSSÃO

Os resultados revelam elementos identitários que concorrem para a elaboração das RS. A identidade na perspectiva da psicologia social pode ser concebida como um fenômeno subjetivo e dinâmico resultante da dupla constatação de similitude e de diferença entre si, o outro e outros grupos. As RS concorrem para tal identidade comum aos indivíduos, e esta, por sua vez, fomenta as identificações e diferenciações sociais com base na afiliação e pertencimento a um grupo social.¹⁵

No caso dos recém-formados, as experiências de aprendizagem durante a graduação lhes levam a ter contato com as características da clínica e da UTI, a partir do qual apreendem elementos de identidade e cujas identificações são a base para pensar o cuidado intensivo fora da UTI.

O sentimento de identificação é visto nos resultados quando os participantes valorizam o cuidado na UTI, local que tem os recursos necessários para lidar com a vida/morte e que o torna complexo: tecnologias de processo, de produto e profissionais capacitados, objetivado na imagem de um “lugar tranquilo”; por outro lado, o sentimento de diferença dos demais locais desvaloriza e estereotipa a clínica: onde nada tem, as pessoas nada sabem, os processos são desorganizados, e é um “lugar inseguro”. Portanto, a representação é construída entre “o lugar e o não-lugar”.

Estudos sobre o cuidado intensivo reforçam tal identidade.¹⁶⁻¹⁸ Um deles ratifica a ideia de complexidade pela necessidade de manejar os recursos tecnológicos e informatizados de ponta que estão disponíveis na UTI para a reversão das condições que ameaçam a vida.¹⁶

Em investigação sobre os aspectos identitários presentes nas representações sociais de enfermeiros sobre as práticas de cuidar do cliente hospitalizado na terapia intensiva os autores concluíram que as representações estavam permeadas, de um lado, por elementos que valorizavam o grupo das enfermeiras da UTI: sua capacidade de intervenção, de manejo das tecnologias e nível de conhecimento. Do outro lado, identificaram-se elementos que desvalorizavam e criavam estereótipos sobre as enfermeiras que não atuavam na UTI, o que era motivo de conflitos entre os profissionais de dentro e fora da UTI.¹⁸

Em relação ao cuidado intensivo realizado na clínica destaca-se o estudo sobre os desafios do cuidado prestado por enfermeiros aos pacientes graves na emergência de um hospital de ensino. As

principais dificuldades foram: os recursos materiais e equipe de enfermagem insuficientes; recursos físicos inadequados; falta de recursos humanos especializados; e falta de treinamento da equipe. O que mais interferia na rotina quando o paciente crítico estava na emergência era o dimensionamento de pessoal.⁵

As RS são importantes para a vida cotidiana porque guiam as pessoas no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária e no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles.¹⁴ Desta feita, diante da categorização de que os setores de clínicas não têm tecnologias, recursos materiais e processos, sendo, pois, locais inseguros, a ação primeira do enfermeiro recém-formado é a de tentar conseguir a vaga para transferir rapidamente o paciente à UTI.

Quando não é possível proceder a transferência do paciente pela ausência de vagas, os enfermeiros recém-formados agem dando o melhor de si nessa circunstância. Todavia, como concluem que os profissionais na clínica “não sabem manejar” também avaliam não ter o preparo adequado para cuidar deste paciente fora da UTI.

Assim, já vivenciam o sentimento de menor valia e de incompetência no início de sua inserção no mercado de trabalho. Portanto, as RS do cuidado ao paciente crítico fora da UTI evidenciam que as enfermarias clínicas são consideradas inseguras para a realização de tais cuidados, qualificando também como inseguras as ações dos profissionais recém-formados a pacientes que necessitam deste tipo de cuidado.

Tal resultado revela que o problema da falta de vagas na UTI e da presença do paciente crítico em enfermarias, um problema de ordem estrutural institucional (e do sistema), pode estar sendo acolhido por uma categoria em âmbito individual, gerando sentimentos desqualificadores deles sobre si e de outros sobre eles, o que reverbera de modo negativo no início de suas carreiras, afetando a identidade profissional.

Esse impacto nos recém-formados é ainda mais acentuado quando se considera que há um paradoxo entre a demanda de leitos de UTI superior a oferta e o processo de formação do enfermeiro, que não atende a essa realidade do mercado de trabalho. Isto porque, na atualidade, o crescimento acelerado dos grandes centros urbanos trouxe o aumento dos índices de violência social e do número de agravos por causas externas, o que elevou a população de pacientes críticos que precisam de leitos hospitalares.¹⁹

Acrescenta-se a isso, os problemas da rede de atenção primária e secundária que, por deficiências de investimento e infraestrutura, em muitos casos, têm baixa resolutividade, fazendo com que situações que poderiam ser resolvidas pela assistência preventiva necessitem de internação hospitalar. Tais fatores ocasionam a presença de pacientes em unidades não-críticas.¹⁹

Apesar desse contexto político e social, muitas instituições de ensino superior excluíram do currículo mínimo de graduação em enfermagem o ensino dos cuidados intensivos, alegando ser esse um conhecimento especializado, o que tem resultado na formação de profissionais com fragilidades nas competências para intervir frente às demandas de saúde prevalentes da população.¹⁹

Esse paradoxo da demanda do mercado de trabalho em relação à formação aliado ao estereótipo de que os profissionais de fora da UTI nada sabem, exacerbam ainda mais os sentimentos de medo e falta de confiança advindos da inexperiência. Tal dicotomia entre a formação em enfermagem e a prática clínica em ambientes de cuidados intensivos, bem como seus impactos negativos, tem sido abordada na literatura internacional, todavia, a transição de enfermeiro novato para competente é vista como um desafio possível de ser superado.

Um exemplo disso é visto no estudo que explorou as experiências de enfermeiros que foram contratados como recém-formados e iniciaram o terceiro ano de prática como enfermeiros competentes em cuidados intensivos. Os resultados indicaram que recém-formados podem se tornar competentes

em cuidados intensivos e uma transição bem sucedida requer exposição precoce a várias situações clínicas, promoção da resiliência, autocuidado, trabalho em equipe e orientação.²⁰

Outro exemplo é abordado em revisão integrativa da literatura sobre os elementos de suporte para ajudar na transição de enfermeiros novatos em cenários de cuidados intensivos com vistas ao aumento de sua competência e confiança. Dentre os aspectos destacados que podem apoiar positivamente o aumento da confiança e da competência estão: a alocação de uma pessoa de suporte de qualidade; cultura do local de trabalho inclusiva; aquisição de conhecimentos, habilidades e orientação com base nas necessidades de aprendizagem do recém-formado; experiência positiva de socialização.²¹

Por outro lado, quando não se superam os desafios da recém-formação, a sensação de incompetência e falta de preparo exacerbada pode comprometer a segurança da atuação no mercado de trabalho frente ao paciente crítico fora da UTI, com riscos morais, éticos e legais. Isto porque acentua o receio que eles têm de fazer algo errado e causar algum dano ao paciente.

Esse contexto pode impulsionar ao enfrentamento e causar ações erradas pelas dificuldades encontradas durante o cuidado, ou paralisar e prejudicar o raciocínio clínico para as decisões mais adequadas. Logo, a ação dos recém-formados é limitada pela inexperiência, ainda que eles o façam da melhor forma possível, além de estar influenciada pelas construções simbólicas sobre esse cuidado fora da UTI, refletindo-se em dificuldades no manuseio das técnicas e tecnologias ligadas ao cuidado intensivo e na condução do raciocínio clínico.

As diferenças que existem na condução do raciocínio clínico e tomada de decisão são ilustradas na pesquisa que buscou entender a tomada de decisão de enfermeiros novatos e experientes de terapia intensiva da Escócia e Grécia quanto ao gerenciamento do desmame da ventilação mecânica. A partir de uma investigação etnográfica sobre como os enfermeiros coletam e usam os sinais da avaliação respiratória para orientar suas decisões do desmame, os autores perceberam que os enfermeiros experientes usaram informações centradas no paciente (objetivas e subjetivas) com base na avaliação respiratória e conhecimento prévio do paciente.²²

Os enfermeiros menos experientes necessitaram de mais sinais para terem certeza dos conceitos que descreviam a capacidade do desmame da ventilação do paciente. Diante disso, os autores concluíram que estratégias de categorização de informações para a tomada de decisão podem ser ensinadas em programas educacionais.²²

As limitações da pesquisa em tela são metodológicas, pois o critério de exclusão adotado e o perfil da instituição escolhida restringiram o número de participantes e a abrangência dos resultados.

CONCLUSÃO

As RS sobre o cuidado intensivo em unidades não-críticas são construídas à luz do contexto da UTI, o que mobiliza aspectos identitários deste ambiente que estereotipam a enfermagem como um local desorganizado e que não dispõe de recursos materiais e de profissionais capacitados para a prestação do cuidado intensivo. Essa construção simbólica interfere nas práticas do enfermeiro recém-formado, pois gera medo e sensação de despreparo que, aliadas à inexperiência e fragilidades na formação, limitam suas ações frente ao paciente. Logo, ao agir dando o melhor de si quando não consegue transferir o paciente imediatamente para UTI enfrenta dificuldades, com risco de erros que podem comprometer a segurança do paciente.

A pesquisa evidencia que a formação deve garantir experiências mínimas de aprendizagem para que os enfermeiros atendam, com segurança, pacientes que necessitam de cuidados intensivos, ainda que fora da UTI, resignificando o cuidado intensivo e minimizando os sentimentos de incompetência que geram medo e limitam as ações do recém-formado. Propõe-se como estratégia a simulação realística na disciplina teórica Enfermagem em UTI, com o uso de cenários de alta fidelidade em que

o estudante seja estimulado à tomada de decisão, a análise dos resultados da mesma e a reflexão de seu desempenho. Isso possibilitaria aproximar a teoria da prática, considerando o intervalo entre ambas na instituição de estudo.

Ainda que se melhore a formação, o medo e insegurança diante da novidade são inerentes às pessoas. Desta feita, é preciso desenvolver programas de acompanhamento e desenvolvimento dos enfermeiros recém-formados, acolhendo-os e aperfeiçoando suas competências. Realizar rodízios dos profissionais entre os setores, como na UTI, pode aproximar tais profissionais e qualificar sua atuação para quando da presença do paciente na clínica.

REFERÊNCIAS

1. Kohn R, Halpern SD, Kerlin MP. The implications of intensive care unit capacity strain for the care of critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 14]; 28(4):366-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160069>
2. White ST, Cardenas YR, Nates JL. What every intensivist should know about intensive care unit admission criteria. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jan 14]; 29(4):414-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20170073>
3. Boniatti MM. Advances in performance, more benefits... the perspectives of rapid response teams. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 14]; 28(3):217-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160048>
4. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo SA, Lapa e Silva JR, Salles AA, et al. Difficulties in access and estimates of public beds in intensive care units in the state of Rio de Janeiro. *Rev Saúde Publica* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 31]; 50: 19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005997>
5. Zandomenighi, RC, Mouro DL, Oliveira CA, Martins EAP. Intensive care in hospital emergency services: challenges for nurses. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Mai 31]; 18(2):404-14. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140031>
6. Saraiva EL, Sousa CS. Critically Ill patients in the Postanesthesia Care Unit: integrative review. *Rev Sobecc* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Mai 31]; 20(2):104-12. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201500020006>
7. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n.21, de 27 de abril de 2006. Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva e unidades de cuidados intermediários. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF(BR). 28 apr. 2006 [citado 17 Jun 2015]. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp%5b14558-1-0%5d.pdf>
8. Castro MCN, Dell'Acqua MCQ, Unger IC, Cyrino CMS, Almeida PMV. Severity and workload of nursing with patients seeking admission to an intensive care unit. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Mar 31]; 22(1):e20170167. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0167>
9. Hutchinson M, Higson M, Cleary M, Jackson D. Nursing expertise: a course of ambiguity and evolution in a concept. *Nurs Inq* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 31]; 23(4): 290-304. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/nin.12142>
10. Queirós PJP. The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2018 Jan 31]; 33(1):83-91. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a10>

11. Hezaveh MS, Rafei F, Seyedfatemi N. Novice nurses' experiences of unpreparedness at the beginning of the work. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jan 31]; 6(1):215-22. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p215>
12. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2018 Jan 31]; 69(1):130-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>
13. Faisy C, Davagnar C, Ladiray D, Djadi-Prat J, Esvan M, Lenain E, et al. Nurse workload and inexperienced medical staff members are associated with season alpeaks in severe adverse events in the adult medical intensive care unit: A seven-year prospective study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Jan 31]; 62:60-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.013>
14. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, editor. *As representações sociais*. Rio de Janeiro, RJ(BR): EdUERJ; 2001. p.17-44.
15. Deschamps J-C, Moliner P. L'identité em psychologie sociale: dès processus identitaires aux représentations sociales. Paris (FR): Armand Colin; 2008.
16. Backes MTS, Erdmann AL, Buscher A. The living, dynamic and complex environment care in intensive care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Jan 05]; 23(3):411-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
17. Viana RAPP, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR, Schmitt PH. Profile of an intensive care nurse in different regions of Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Mai 31]; 23(1):151-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>
18. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Being an intensive care nurse: identity elements present in the field of social representations. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 14]; 26: e20787. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.20787>
19. Lino MM, Calil AM. Teaching critical/intensive care in nursing education: a moment of reflection. *Rev. Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso 2016 Mai 31]; 42(4):777-83. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400022>
20. DeGrande H, Liu F, Greene P, Stankus JA. The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 14]; 49: 72-8. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005>
21. Innes T, Calleja P. Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: an integrative review of the literature. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jan 14]; 30: 62-72. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.001>
22. Kydonaki K, Huby G, Tocher J, Aitken LM. Understanding nurses' decision-making when managing weaning from mechanical ventilation: a study of novice and experienced critical care nurses in Scotland and Greece. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jan 14]; 25(3-4):434-44. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13070>.

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Enfermeiros recém-formados e o cuidado intensivo de enfermagem em unidades de pacientes não-críticos: um estudo de representações sociais, apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC.

Coleta de dados: Almeida RO.

Análise e interpretação dos dados: Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC.

Discussão dos resultados: Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC.

Revisão e aprovação final da versão final: Almeida RO, Ferreira MA, Silva RC.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Hospital Escola São Francisco de Assis, parecer n.1.389.478, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 51708615.9.0000.5238.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 14 de abril de 2019.

Aprovado: 22 de agosto de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rafael Celestino da Silva

rafaenfer@yahoo.com.br

