

SELMA ASSUMPÇÃO DIAS

**AS REPRESENTAÇÕES DA TRAJETÓRIA DO ATENDIMENTO
DE EMERGÊNCIA PARA A VÍTIMA DE TRAUMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani**

CURITIBA

2004

Dias, Selma Assumpção

As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma. / Selma Assumpção Dias - Curitiba, 2004.

83 f. il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani.

Dissertação (Mestrado) – Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem em emergência. 2. Cuidados de Enfermagem.
3. Enfermagem - Prática Profissional. I. Título. II. Mantovani, Maria de Fátima.

TERMO DE APROVAÇÃO

SELMA ASSUMPÇÃO DIAS

AS REPRESENTAÇÕES DA TRAJETÓRIA DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PARA A VÍTIMA DE TRAUMA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre – Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Sandra Honorato da Silva

Membro Titular: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Lenardt

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 21 de dezembro de 2004

*Aos meus filhos Vinícius e Vitor, força e alegria da minha vida;
Ao Luiz que dividiu sua história e ajudou a construir a minha;
A minha mãe Adelaide, minha avó Heroína e ao Valdemar
que, com seu carinho e apoio, sempre facilitaram a minha
caminhada;
A José e Pedro, meus irmãos, companheiros e amigos;
A meu avô Theodorico e meu pai Pedro sempre amigos
saudades eternas.*

AGRADECIMENTOS

A minha gratidão:

Primeiramente Àquele que é força, fonte de inspiração, você meu Deus.

À professora Doutora Maria de Fátima Mantovani, minha orientadora, presença amiga, que com sua competência e humanismo, soube compreender as minhas dificuldades, que me incentivou e acompanhou. Sou muito grata por ter convivido com você Fátima.

Às professoras Doutoras Maria Ribeiro Lacerda e Maria Helena Lenardt, pela disponibilidade, pela escuta e pelas sugestões.

À professora Doutora Sandra Honorato pelo seu exemplo de coragem e determinação.

Às amigas do Curso de Mestrado em Enfermagem, pela convivência e amizade. Em especial à Salete presença amiga.

Ao Departamento de Pós Graduação em Enfermagem. Em especial à Rosangela e Alcioni, pela atenção e carinho.

Aos membros do Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto Departamento de enfermagem da UFPR (GEMSA).

A todos aqueles, que permitiram adentrar no seu mundo, sem o que este estudo não passara de utopia.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES | vii |
| RESUMO | viii |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 SUPORTE TEÓRICO | 7 |
| 2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS..... | 7 |
| 2.2 MAGNITUDE DO TRAUMA | 12 |
| 2.3 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR | 15 |
| 2.4 ASPECTOS DA HISTÓRIA DO PROGRAMA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA | 21 |
| 2.5 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO E O CUIDAR DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA..... | 24 |
| 2.6 A RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E O PACIENTE | 27 |
| 3 METODOLOGIA | 32 |
| 3.1 O TIPO DE ESTUDO | 32 |
| 3.2 O LOCAL DO ESTUDO | 34 |
| 3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO | 34 |
| 3.4 A QUESTÃO ÉTICA..... | 35 |
| 3.5 COLETA DE DADOS | 36 |
| 3.6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... | 38 |
| 3.7 ANÁLISE DO MATERIAL..... | 40 |
| 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 44 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS | 44 |
| 4.2 AS REPRESENTAÇÕES DAS ETAPAS DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA | 45 |
| 4.2.1 A Representação do Atendimento Pré-Hospitalar..... | 46 |
| 4.2.2 A Solidariedade e Proteção..... | 52 |
| 4.2.3 A Representação do Atendimento do Serviço Pré-Hospitalar..... | 54 |
| 4.3 REPRESENTAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR | 56 |
| 4.3.1 As Conseqüências Imediatas do Acidente | 56 |
| 4.3.2 O Atendimento Hospitalar na Sala de Emergência | 58 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.3.3 | O Ambiente Hospitalar | 61 |
| 4.3.4 | O Sentimento de Abandono | 64 |
| 4.3.5 | Reencontro com a Família | 70 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| | REFERÊNCIAS | 77 |
| | ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 81 |
| | ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO | 83 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - TRAJETÓRIA DO ESTUDO..... | 39 |
| FIGURA 2 - TRAJETÓRIA PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO | 43 |
| QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS - CURITIBA - 2004 | 44 |
| QUADRO 2 - A REPRESENTAÇÃO DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA..... | 46 |

RESUMO

DIAS, Selma Assumpção. **As representações da trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma.** Curitiba, 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.

O trauma representa um grave problema de saúde pública, pois causa elevados custos humanos e sociais e necessita para a assistência equipes treinadas tecnicamente no sentido de minimizar danos. A faixa etária dos 20 aos 40 anos é a mais exposta. Partindo do pressuposto de que a vítima de trauma possui representações de todos os episódios que envolvem a emergência traumática, este estudo teve como objetivo descrever as representações da trajetória do atendimento de emergência traumática. Este estudo é de natureza qualitativa, no qual foram entrevistados 10 vítimas de trauma oriundos de um grande hospital de emergência da cidade de Curitiba, Paraná. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo. A interpretação dos relatos das vítimas de trauma permitiu a configuração de duas categorias, que expressam as representações da trajetória da situação de emergência traumática: **a categoria da representação do atendimento pré-hospitalar**, composta por duas subcategorias de representações: a do atendimento pré-hospitalar dos socorristas e a solidariedade e conforto; **a categoria da representação do atendimento hospitalar**, composta de cinco subcategorias de representações: a das conseqüências imediatas do acidente, a do atendimento hospitalar na sala de emergência, a do ambiente hospitalar, a do sentimento de abandono e o reencontro com a família. O estudo evidenciou as representações da trajetória traumática e revelou uma face oculta ainda não explorada pelos profissionais do atendimento de emergência, que são sintetizados na linguagem que configura: a distância, impessoalidade, indiferença, solidão e medo no ambiente hospitalar, e paradoxalmente a solidariedade e responsabilidade no atendimento pré-hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem em emergência; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem – Prática Profissional.

ABSTRACT

DIAS, Selma Assumpção. **Representations of trauma victim emergency assistance.** Curitiba, Brazil, 2004. Thesis (Masters Degree on Nursing) – Federal University of Paraná.

Trauma represents a serious public health problem, due to it causing high human and social costs and requiring technically well prepared team for assistance. People who are between 20 and 40 years old are most exposed to trauma. Considering that trauma victim keeps in mind representations of all the episodes which involve traumatic emergence, this qualitative research aims to describe representations of assistance traumatic emergence process. Ten trauma victims were interviewed at a big emergence hospital located in Curitiba, Brazil. The interviews were recorded and transcribed. For the investigation, it was used Content analysis method. Trauma victim report interpretation uncovered two categories which represent traumatic emergence process: Accident representation category of pre-hospital, composed by two representation subcategories: protection and pre-hospital attendance; emergence attendance, composed by five subcategories (immediate consequences of the accident, emergence attendance, emergence environment, separation between patient and medical team, and returning back home). The research founded that there is a hidden aspect of attendance not explored yet by emergence attendance professionals. This aspect refers to distance between team and patient, team's formality, team's indifference, patient's loneliness and fear at hospital environment; also, it is related to solidarity and responsibility at pre-hospital assistance.

Key-words: Patients' representation; emergence nursing; nursing cares; Professional practice.

1 INTRODUÇÃO

O século XX foi um século de transformações; nesse período, os países passaram por uma acentuada fase de urbanização e industrialização, de grandes avanços científicos que aumentaram a expectativa e modificaram os hábitos e estilos de vida da população, desencadeando assim modificação no perfil epidemiológico trazendo uma série de enfermidades ao mundo moderno.

Dentre essas, destaco o trauma, considerado como uma preocupação de saúde pública, devido, segundo Santos (2004), às transformações oriundas das mudanças sociais, políticas e econômicas, assim como o acirrado crescimento urbano, que acarretou problemas como a marginalização social, condições de desemprego e subemprego, propiciando o aumento da violência nas grandes cidades, da imprudência no trânsito, do descumprimento da legislação em vigor, entre outros fatores.

O trauma hoje é uma das doenças mais graves que acometem o homem moderno, e seu impacto pode ser sentido em todos os setores econômicos, desde a agricultura, no qual as máquinas com sua tecnologia de ponta causam danos que os instrumentos primitivos não tinham condições de fazê-lo; até no setor saúde, que se vê obrigado a desenvolver estratégias para minimizar os danos causados por esta enfermidade.

Outro ponto a destacar é que o trauma tornou-se o dia-a-dia da população; não há um momento na vida das pessoas no qual não haja referência a alguma forma de violência, seja ao ler o jornal pela manhã, ao ouvir o noticiário no rádio, ao assistir televisão à noite, seja mesmo ao andar pelas ruas da cidade, sendo agredida a toda hora com as pichações dos muros, com os assaltos nas esquinas à mão armada, com os atropelamentos, com os carros que atravessam o sinal fechado, ou

passam em alta velocidade, desrespeitando sua vida e a dos outros, e muitas outras modalidades de atos que antecedem o episódio traumático.

Pensar no trauma, como uma das doenças mais graves da sociedade moderna, como um problema de saúde pública de grande magnitude, que origina inúmeras dificuldades de cunho psicossocial e econômico as quais estão submetidos às vítimas, me levaram a procurar compreensão das representações da trajetória que circundam o episódio traumático.

Contudo, minha atuação profissional, também foi um dos aspectos que instigou este estudo, pois há mais ou menos 10 anos trabalho como enfermeira assistencial num hospital de ensino, no qual atuei no setor de pronto socorro; foi ali que comecei a perceber as ansiedades decorrentes da situação de emergência acrescidas de fatores desestruturantes na vida do sujeito, ao ser abruptamente interrompido por um acidente, fator que aflora sentimentos como o medo, a sensação de morte iminente, de perda imediata do controle sobre si e de entes queridos e de culpa; estes se fazem tão presentes no cotidiano dessas vítimas. Assim, perante esses fatores, sempre busquei como enfermeira algo que tornasse mais ameno o compartilhar desses sentimentos do sujeito, pois continuamente acreditei que o partilhar desses é que me permitiria, realmente, apreender o homem em sua totalidade, que acredito não podem ser desconsiderados.

Porém durante minha trajetória profissional constantemente percebia que cada sujeito vivencia a situação de emergência de forma peculiar, conforme sua singularidade; no entanto, são tratados segundo protocolos sistematizados, embasados no modelo biomédico. Por exemplo, esquecemo-nos de que a cólica renal do senhor João difere da cólica do senhor Antônio e, mesmo assim, insistimos em

cuidar deles baseados em protocolos padronizados, desconsiderando a particularidade de cada um.

Paralelamente a essa vivência e as minhas inquietações, ainda percebo no dia-a-dia um alerta silencioso da clientela, relacionado com o distanciamento dos profissionais de saúde, o que me levou a valorizar cada vez mais a peculiaridade do outro, motivando-me a compreender a representação de estar necessitando de cuidados e ser cuidado pelo outro, pois sempre acreditei que ações, como a de atenção, apoio e diálogo, podem direcionar para uma nova forma de cuidar na situação de emergência, ou seja, uma ótica que valoriza o sujeito e que não reitera a fragmentação resultante das especializações, legitimada pelo modelo biomédico.

No entanto, com base nesse raciocínio, e focalizando a experiência da situação de emergência, percebo frente a minha prática assistencial junto a instituições hospitalares, e especificamente nos Serviços de Emergência (Pronto Socorro), que nem sempre experiências dos profissionais de saúde e os das pessoas que vivem a situação de emergência traumática têm as mesmas representações, ou seja, os mesmos conteúdos apreendidos pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento, pois de um lado estão os profissionais que buscam com perícia atender às vítimas, e do outro estão as vítimas que muitas vezes nem sabem onde e nem porque estão nesse local desconhecido; tal realidade, freqüentemente, acarreta transtornos aos dois lados dessa relação.

Nesse sentido há, a meu ver, um conflito na relação dos envolvidos na situação traumática, à medida que o profissional se considera por força das circunstâncias dono da vida do outro, que muitas vezes não pode decidir qual tratamento gostaria de receber. Este "outro", a vítima, encontra-se num lugar

desconhecido em que reproduz percepções e sentimentos que expressam a gravidade e a morte.

Para Minayo (2004, p.180),

As representações dominantes da hegemonia médica, que se expressam em torno do profissional da saúde, é ao mesmo tempo o principal agente da prática e agente do conhecimento. Portanto as relações entre os profissionais da saúde e os clientes se estabelecem, aparentemente e de modo desigual, sem reconhecer seus diferentes saberes, histórias, modos de ser e de viver.

Para compreender essas relações, acredito oportuno retomar algumas reflexões que configuram este espaço social. Essa busca tem o intuito de favorecer a apreensão das representações da vítima frente ao atendimento de emergência.

Ao analisar o ambiente dos Serviços de Emergência, considero importante destacar algumas de suas características, como: centralizam recursos materiais e humanos que permitem atendimento eficaz para proporcionar maior vigilância dos pacientes, sendo a atuação da equipe multiprofissional voltada para um objetivo comum: a recuperação do doente; portanto um local destinado para o atendimento de pacientes em estados agudos e graves. Ela é também um dos locais mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital.

A complexidade deste serviço se relaciona principalmente com situações críticas dos pacientes ali atendidos; frente a isto, acredito que se torna necessário que os profissionais destas unidades tenham uma dimensão maior na agilidade e destreza para realizar procedimentos, estabelecendo tratamentos que devem ser priorizados de acordo com a gravidade das lesões, como por exemplo, os preconizados desde os anos 80 (oitenta) pelos cursos de: o Pré-Hospital Trauma *Life Support* (PHTLS) e o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), que estabelecem uma seqüência lógica de tratamento das lesões e estabilização da vítima, preconizando, prioritariamente,

a liberação das vias aéreas com controle cervical e imobilização (A), oxigenação (B), controle de hemorragias (C), avaliação neurológica (D) e exposição (E), os chamados “ABCDE” porém com discernimento às relações ao sensível, isto é, o diálogo, no atendimento, sabendo escutar o paciente (DALCIN e CAVAZZOLA, 2005).

O cotidiano dos Serviços de Emergência é dinâmico, pois ali convive o intenso avanço tecnológico e científico que tem facilitado o processo terapêutico e possibilitado o aprimoramento do tratamento e as estruturas cada vez mais desumanas e relacionamentos cada vez mais distantes.

Nesse quadro, os efeitos da terapêutica podem ser tanto benéficos quanto adversos, repercutindo diretamente sobre a prática assistencial. Dentre esses efeitos, eu percebia a existência de uma atmosfera impessoal, por colocar-me em situação de mediação, e provocar um distanciamento entre o enfermeiro e o cliente, através de procedimentos sistematizados que desenvolvem neles sentimentos de dependência e de submissão.

Nesse ambiente, a pessoa deixa de ser o centro de interesse e de preocupação, passando a ser instrumentalizada em função de determinado fim, que pode ser o aprendizado, o *status* ou ganho monetário.

A percepção desse quadro reforçou a necessidade, que há muito tempo venho sentindo, no desenvolvimento de minhas práticas de cuidado em Serviços de Emergência, nas quais centrava minhas ações nas exigências do cliente e não apenas em sua doença, ou execução de procedimentos estabelecidos por protocolos. Pois sempre acreditei que o sujeito necessita ser visto, ser percebido, acima da ótica da ciência, que o fragmenta, o generaliza, que desconhece seus anseios frente aos procedimentos, a linguagem complexa, a perda de sua referência e espaço, gerados pelas técnicas aplicadas em nome de provável recuperação e cura, e assim defendendo

o olhar que capte o desconforto, a solidão, impotência e a fragilidade do sujeito no ambiente da emergência.

Partindo do pressuposto de que a vítima de trauma possui representação de todos os episódios que envolvem a emergência traumática, a questão que norteou este estudo foi: qual é a representação da vítima de trauma da trajetória do atendimento da emergência.

Portanto, este estudo tem como desafio à compreensão das representações frente à situação de emergência traumática pela vítima, e seu objetivo é: **descrever as representações da trajetória do atendimento da emergência traumática.**

2 SUPORTE TEÓRICO

Neste capítulo, abordei como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais, a Magnitude do Trauma, História e Conceitos do Programa de Suporte Avançado de Vida no trauma, reflexões referentes aos Serviços de Emergência pré-hospitalar e hospitalar, o Cuidado de Enfermagem nos Serviços de Emergência, e a Relação entre Profissional de Enfermagem e o paciente, baseado em referências, em que busquei aproximar-me do conhecimento da temática frente à representação da situação de emergência traumática vivenciada pela vítima.

2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste estudo, adoto a visão das Representações Sociais (RS) proposta por Moscovici, como um dos alicerces para esta investigação, pois ao tratar desse tema, o autor afirma que toda representação social é composta por figuras e expressões construídas em sociedade. Assim sendo, uma representação:

Fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime... A representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos... e correspondem por um lado à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, a prática que produz a dita substância... (MOSCOVICI, apud MANTOVANI 2001, p.21).

A Teoria das Representações Sociais (RS) originou-se na Europa com publicação de Moscovici, em 1961. Segundo Minayo (2004, p.158), é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento, de ação e de sentimento que expressem a realidade. Seu conceito se associa, historicamente à concepção de Durkheim sobre as representações coletivas.

As representações, segundo esse autor, traduzem a maneira como o grupo pensa suas relações com os objetos que o afetam.

Partindo do conceito de representações coletivas de Durkheim, Moscovici cria, com base no marco da psicologia social, a teoria das Representações Sociais. Procurando caracterizar a diferença em sua teoria, Moscovici parte do pressuposto de que não há um corte entre o universo exterior e o universo do indivíduo; ele chama a atenção para a inter-relação entre sujeito e não sujeito, ressaltando que a estrutura de uma representação tem duas faces: a figurativa e a simbólica (GUARESCHI et al., 1997).

Segundo Moreira et al. (1998) os fenômenos de representação social estão “espalhados por aí”, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de massa e nos pensamentos individuais. Eles são por natureza difusos, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social. Assim, esses fenômenos simplesmente não podem ser captados pela pesquisa científica de modo direto e completo.

Segui buscando outras bases teóricas no campo das ciências sociais voltadas para o pólo representacional. Nessa busca, apresentei o esquema elaborado por Cardoso (2002) de compreensão da RS. Para ele, existiram três cenários: o primeiro se associa ao imaginário individual no qual surgem as representações individuais; o segundo liga-se ao imaginário coletivo, como, por exemplo, lugares comuns, preconceitos, religiões, mitos, ideologias e outros; o terceiro cenário é o da realidade social como atuação, que germina da relação entre os dois primeiros e tomam forma as representações que têm por objeto ações sociais.

Conseqüentemente, para Moreira et al. (1998), a identificação da “visão de mundo”, que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e

clarificar os determinantes das práticas sociais, pois a teoria das RS afirma que não há separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo), e que sujeito e objeto não são forçosamente distintos.

O autor citado acima ratifica ainda que a pesquisa das Representações Sociais deve produzir um outro tipo de conhecimento sobre os fenômenos de saber social; para fazê-lo, precisamos antes transformá-lo em objetos manejáveis pela prática da pesquisa científica, em que a hipótese do abandono da dicotomia sujeito-objeto confere um novo estatuto ao que se convencionou chamar de “realidade objetiva”; porém não existe uma realidade objetiva *a priori*, mas sim afirma que toda realidade é representada, quer dizer, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída em seu sistema cognitivo, integrada em seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca. Toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, e também de um sujeito.

Também para Minayo et al. (2002), a representação social permite a compreensão e a explicação da realidade e é assimilada de acordo com o sistema de valores do grupo, ou seja, funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social; ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas; sendo um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais; é um sistema de pré-decodificação da realidade porque ela determina um conjunto de antecipações e expectativas.

Segundo a autora citada acima, as RS reproduzem a percepção retida na lembrança e são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a, ou questionando-a. As representações sociais, na função do saber prático do senso comum, permitem que os atores sociais adquiram conhecimentos e os integrem num quadro compreensível para eles próprios. Elas

definem o quadro de referência comum que permite as trocas sociais, a transmissão e a difusão deste saber “ingênuo”.

Para Moreira et al. (1998), a referência às representações que definem a identidade de um grupo terá papel importante no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros e, em especial, nos processos de socialização, pois ela, oferecendo-nos um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem, nos permite compreender os processos que intervêm na adaptação dos indivíduos à realidade cotidiana e às características do meio social e ideológico.

Um outro argumento teórico do autor refere-se às representações sociais como a identidade, que se concretizam, evolutivamente, por práticas distintas; portanto, para fazer um resumo que tenha, ao menos, o mérito da clareza, as representações estão ancoradas nas práticas e que certos aspectos destas são mais decisivos que outros, para a fabricação e transformação das representações do mundo.

Sendo assim, os sujeitos constroem as representações para que as mesmas lhes possam servir de orientação, de um guia prático para a ação. O ato de representação transfere o que é perturbador do universo exterior, para o interior, colocando-o em uma categoria e contextos conhecidos, pois o papel das RS é tornar familiar o não familiar, com base em encontros anteriores, os objetos são reconhecidos e compreendidos.

Segundo Moreira et al. (1998), o importante papel das representações sociais nas dinâmicas das relações sociais e nas práticas respondem a quatro funções: **à do saber, à identitária, à de orientação e à justificadora.**

A **função do saber** permite a apreensão e elucidação da realidade, possibilitando que as pessoas adquiram conhecimentos e os associem num quadro assimilável e compreensível para eles, servindo como uma referência para as trocas sociais e a transmissão deste saber “ingênuo”.

A **função identitária** situa as pessoas dentro do campo social dando proteção dentro da especificidade dos grupos, confirmando uma identidade social e pessoal.

A **função de orientação** direciona os comportamentos e as práticas, o sistema de pré-decodificação da realidade, constituído pela representação e um guia para a ação, refletindo a natureza das regras e dos elos sociais, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável num dado contexto social.

A **função justificadora** possibilita que os atores justifiquem as tomadas de posição e dos comportamentos, sendo a representação determinada pela prática das relações, tem por função preservar e justificar a diferenciação social podendo estereotipar as relações entre os grupos, contribuindo para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles.

Segundo Moscovici (1978), a representação social nos oferece um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem. “Permitindo abranger os processos que intervêm na adaptação sociocognitiva dos indivíduos a realidade cotidiana e as características do meio social e ideológico, através da compreensão e a evolução da mentalidade, a ação sobre as atitudes e as opiniões, e a influência social”.

Supõe-se daí que descrever as Representações da trajetória da situação de emergência traumática é conhecer o modo amplo de perceber essa experiência, compartilhadas coletivamente e reconhecê-la em cada sujeito social, e ao mesmo tempo,

verificar como cada sujeito social configura a trajetória do trauma diferentemente e como estes são experienciados individualmente.

2.2 MAGNITUDE DO TRAUMA

A maior parte da história do Brasil caracterizou-se, segundo Minayo (2002), como país jovem, rural e pouco povoado, mas nas últimas décadas transformações profundas alteraram esse perfil, afetando a estrutura e distribuição da população, pois a partir de 1930, com a modernização e a quebra da hegemonia da economia agrícola e a dinamização da indústria nacional, aceleraram os fluxos migratórios rurais urbanos, ocorrendo a interiorização da população, devida à expansão de sucessivas fronteiras agrícolas, e o fenômeno da concentração em cidades cada vez maiores.

As mudanças sociais, políticas, econômicas, o crescimento urbano, e o desenvolvimento da indústria automobilística, entre outros, trouxeram alguns problemas, como por exemplo, o aumento da violência, que no Brasil vem sendo demonstrada desde a última década do século passado, como um dos principais problemas de Saúde Pública, representando para o país, a perda de cerca 850.000 pessoas, mortas precocemente, em plena idade produtiva. No que se refere ao campo da Saúde Pública, todo esse fenômeno conflitivo, causador de agravos à saúde e morte, se anuncia pela denominada “transição epidemiológica” para a qual contribuíram as “causas externas”, disposição que reúne os acidentes e violências do trânsito, os homicídios, os suicídios e os acidentes em geral. A ênfase, no entanto, no caso do Brasil, deve ser dada à expressão e ao significado dos acidentes de trânsito e aos homicídios (MINAYO, 2002).

No Brasil, os dados oficiais da Fundação Nacional da Saúde do Ministério da Saúde de 2001, segundo Borges et al. (2005), demonstram que nos anos 90, o trauma

foi a primeira causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, pois, conforme a mesma fonte, em relação à década passada, ocorreram em média, 120 mil mortes e 300 mil pessoas com seqüelas, por ano, isto significa que houve em média 14 óbitos e 35 seqüelas, por hora, devidos ao trauma.

O trauma no Brasil, segundo Jacques (2005), se mostra mais alarmante ao comparar o número de mortes por causas externas com algumas guerras; por exemplo, em apenas 18 meses segundo estatísticas do Ministério da Saúde, de 2001, houve 75 mil óbitos por homicídios, mais que a guerra da Bósnia, em quatro anos, com 70 mil óbitos e que a guerra do Vietnã, em sete anos, com 56 mil mortes.

Frente a esta realidade é indiscutível que o trauma constitui uma das principais causas de morte no mundo moderno. Segundo Mendonça et al. (2002), a violência gerada pelo trauma é hoje um dos problemas de saúde pública tanto para os países ricos, como para os pobres. Além de provocar forte impacto sobre as taxas de morbimortalidade, apresenta importantes repercussões econômicas, pois custa anualmente US\$ 425 bilhões aos americanos. Na América Latina, estima-se que os custos econômicos anuais com mortes e invalidez, resultantes do episódio traumático, representem em média 20% dos gastos totais de cada país com a saúde.

No Brasil, a alta incidência de óbitos por causas externas também inativa ou incapacita grande parte da população economicamente ativa, gerando gastos adicionais, diretos, provenientes do atendimento pré e intra-hospitalar e da reabilitação da vítima, e indiretos em relação ao comprometimento da capacidade de trabalho. O trauma em nosso país é responsável por mais de 90 mil mortes anuais, deixando mais de 200 mil vítimas por ano com seqüelas, implica custos de bilhões de reais, superiores aos da dívida externa do país (BORGES et al., 2005).

A dimensão do impacto social também pode ser visto através da incidência na perda dos anos de vida relacionados ao trauma, podendo-se facilmente formular uma conclusão sobre os danos econômicos causados. Portanto, como o trauma é uma enfermidade que acomete, principalmente, o indivíduo em sua plenitude produtiva, sua morte significa inúmeras perdas na produção e serviços potenciais para a sociedade. Igualmente, destaca-se o ônus para a sociedade em relação aos custos da saúde com as vítimas seqüeladas pelo trauma. Segundo Jacques (2005), os custos e a perda de produção econômica devido ao trauma, concluíram que mais de 80% dos custos com seqüelas foram consumidos por homens jovens em decorrência de acidentes automobilísticos.

Segundo Sullivan (2002), ao analisarmos estatísticas relacionadas às mortes por causas externas, é possível perceber que estas aumentam a cada ano; ao longo do tempo mostram sua ampla importância na presente configuração do padrão de mortalidade dos brasileiros. Visualizando mais especificamente os dados fornecidos, observa-se que o número de mortes tem um índice expressivamente elevado na faixa etária entre 15 e 49 anos. Também para o autor é importante destacar que o comportamento das mortes violentas demonstra elevada mortalidade masculina, na qual os homicídios e os acidentes de transporte representam 62,5 do total de óbitos por causas externas, no Brasil, na última década. Nos homicídios, a mortalidade masculina chega a abranger, atualmente, 12 homens para cada mulher, na faixa etária de 20 a 29 anos. As taxas de mortalidade por esse evento específico cresceram em todas as regiões brasileiras, sendo a principal causa de óbito nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste.

Em analogia à taxa de mortalidade por causas externas constata-se que, seja qual for a faixa etária, os homens sempre apresentam maior risco de óbito do que as mulheres (FIOCRUZ, 2003).

Minayo (2002) enfatiza que a violência e os acidentes, na realidade brasileira, desde a década de 80, se intensificaram afetando, sobretudo, os grupos mais vulneráveis: os jovens e os mais pobres; mas ampliam seus efeitos por toda a sociedade; e define a violência como o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais, e ou espirituais a si próprio ou a outros, conservando-se nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais.

A discussão aqui desenvolvida auxiliou-me a articular as dimensões dos discursos frente ao perfil epidemiológico do trauma e o encontrado durante o estudo, em que demonstrou que este é uma doença de gravidade variável com categorização e representação epidemiológica bem conhecidos que afeta a faixa etária jovem, com superior incidência de morte. Confere um agravo de grande importância socioeconômica, tornando-se um grave problema para o setor da saúde e para a sociedade. Porém não encontrei nenhum conceito que expresse a construção do conhecimento da representação da situação de emergência traumática ou de sua trajetória para a vítima.

2.3 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O mundo vem passando por constantes mudanças, porém a violência tem sido a marca de todas as épocas com altos índices de morbimortalidade. Esta tem acompanhado o homem ao longo de sua história, desde as guerras que num certo período da história eram responsáveis pelo maior número de mortes, porém no mundo

moderno foram ultrapassadas por outras formas de violência, como por exemplo, a violência gerada pelas causas externas, as quais no conjunto da mortalidade geral no Brasil, têm sido superado somente pela mortalidade por doenças cardiovasculares e oncológicas, assim frente a esta realidade, procurei neste item, abranger peculiaridades do atendimento pré-hospitalar.

O acirrado aumento da violência, das doenças cardiovasculares, respiratórias entre as demais, responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência, cresce assim a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência, bem como de transporte apropriado para um atendimento intra-hospitalar de emergência. Frente essa necessidade, surgiram os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar (APH), os quais têm como objetivo a intervenção precoce, reduzindo os índices de mortalidade e minimizando seqüelas.

É consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, porém a partir da ocorrência do evento o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido na minimização da morbimortalidade por tais eventos, segundo Dalcin e Cavazzola (2005, p.22), “o intervalo entre o evento traumático e o atendimento hospitalar pode deteriorar as condições da vítima, o que poderia influenciar no resultado final”.

A preocupação com o manejo de pacientes com trauma tem origem nos períodos de guerra, no século XVIII, em que o objetivo implicava apenas o transporte até os hospitais de campanha, sem preocupação com o tratamento durante o trajeto. Já as primeiras descrições de serviços não militares de atendimento à vítima de trauma iniciaram no século XX, porém também objetivavam apenas o transporte para o nível hospitalar. Durante a segunda Guerra Mundial, ocorreu a disseminação dos serviços de atendimento à vítima politraumatizada, que marcaram o início do tratamento de

pacientes em campo de batalha. Os anos que se seguiram demonstraram a necessidade de serviços especializados em trauma em nível pré-hospitalar de forma adequada, originando no final da década de 60 a estruturação dos Serviços Médicos de Emergência. O curso de atendimento Pré-Hospitalar em trauma foi estruturado na metade dos anos 80, após a experiência da utilização do Suporte Avançado de Vida no trauma no atendimento hospitalar (DALCIN e CAVAZZOLA, 2005).

Para Almoyna (1999), os serviços de atendimento pré-hospitalar surgem no Brasil em diversas cidades com características próprias, cuja sistematização caracteriza-se pelas influências das escolas de APH surgidas meados do século XIX como o: Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), modelo francês, e o Serviço de Emergência Médica (SEM), modelo norte-americano. O modelo com maior predominância no Brasil é o norte-americano adotado pelos Corpos de Bombeiros Militares, porém em muitas cidades, foi adotado o modelo francês com certas adaptações.

Segundo o autor acima citado, no Brasil a idéia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países, pois, desde o ano de 1893, já se apresenta a preocupação com o atendimento pré-hospitalar, quando o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública no Rio de Janeiro, era então a capital do país. Consta também que em 1899 o Corpo de Bombeiros dessa capital, punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, evento que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço. Já nos anos 50, instala-se em São Paulo o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência) órgão da Secretaria Municipal de Higiene.

Segundo Santos (1999), no Brasil há muito tempo os Corpos de Bombeiros (CB) realizam o serviço emergencial pré-hospitalar, incluindo o Resgate e Salvamento de pessoas; embora por muito tempo tenha sido realizado por profissionais pouco qualificados para o cuidado em si, as viaturas eram inadequadas, e os recursos materiais insuficientes. Somente a partir da década de 80 o APH passou a ser aplicado de forma mais sistematizada por alguns CB, os quais deram início à estruturação dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar (SVAPH), conforme suas peculiaridades, sendo estes sistemas gradativamente espalhados pelo Brasil e tomando proporções diversas.

Uma das experiências mais importantes ocorreu em 1989, em São Paulo, quando através da Resolução n.º 042 de 22/05/89 teve origem o Projeto Resgate desenvolvido em conjunto pela secretaria Estadual de Saúde (SES), através do SAMU-SP e a Secretaria de Segurança Pública (SSP), através do CB e Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo, para esse serviço adotou-se uma sistemática de atendimento mista, ou seja, nos moldes e tecnologia do modelo norte-americano com adaptações do modelo francês. Atualmente o CB de SP (capital) opera com Unidades de Resgate (UR) tripuladas por Bombeiros Socorristas com curso de Resgate, em conjunto com o SAMU, através de Unidades de Suporte Avançado (USA), tripuladas por médico e enfermeiro do SAMU, e um bombeiro motorista (SÃO PAULO,2004).

Segundo Rocha (2003), outro modelo misto consiste no Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e implantado inicialmente em 1990, em Curitiba, numa ação conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública; o atendimento é realizado pelos Socorristas do Corpo de Bombeiros, contando com médicos dentro do sistema regulador que poderá ser deslocado ao local da emergência quando necessário.

Para Oliveira (2004), o SIATE serviu de modelo para uma reestruturação do APH em nível nacional iniciada a partir de 1990 com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo era redução da incidência e da morbimortalidade por causas externas por meio de intervenção nos níveis de Prevenção, Atendimento Pré-hospitalar (APH), Atendimento Hospitalar e Reabilitação. O projeto de APH coube aos Corpos de Bombeiros, que se tornaram responsáveis pelo atendimento às emergências e traumas no âmbito público, sendo que os bombeiros passaram a ser treinados num curso básico de Socorristas baseado e equivalente ao treinamento em Emergências Médicas Básico dos Estados Unidos.

Segundo o autor acima citado, o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, promoveu em 1991, no Distrito Federal, o primeiro curso de instrutores, quando foi adotada a sistemática de atendimento com base no método ABCDE, ou seja, avaliação de: A=via aérea com controle da coluna cervical; B=respiração; C=circulação; D=estado neurológico; E=exposição com controle da temperatura; com origem no *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), essa sistemática foi inicialmente traduzida e adaptada para os Socorristas, baseada na sistematização da avaliação denominada como avaliação primária e secundária.

A implementação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas foi bastante distinto em cada Estado, segundo Martins e Prado (2003); entretanto, o aumento preocupante da morbimortalidade por causas externas foi o que resultou num sistema de APH ligado ao Corpo de Bombeiros (CB), com a expectativa por parte dos governantes de amenizar esta situação, porém com a redução dos investimentos por parte do Ministério da Saúde a partir de 1993, os sistemas de CB tinham como primeira obrigação atender as causas externas: mas com o decorrer do tempo os

Socorristas passaram a ser chamados para atender às emergências decorrentes de causas naturais, em que foi se justificando a necessidade de aperfeiçoar os serviços e implementar o Suporte Avançado de Atendimento Pré-hospitalar no molde do SAMU.

O sistema de atendimento pré-hospitalar tem a finalidade de atender vítimas em situações de urgência e emergência, antes da chegada ao hospital, de acordo com o Ministério da Saúde, Portaria n.º 2.048 (BRASIL, 2002). O nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência compreende a assistência prestada, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, baseada na necessidade de realizar, no local da emergência e durante o transporte da vítima, procedimentos especializados.

Os procedimentos de atendimento a vítimas de trauma seguem, segundo Dalcin e Cavazzola (2005), os protocolos estabelecidos que preconizam prioritariamente a liberação das vias aéreas com controle cervical, imobilização da vítima, oxigenação, controle de hemorragias, avaliação neurológica e controle da hipotermia, provendo atendimento e transporte adequado ao serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de urgência e emergência.

Todo sistema de cuidados pré tem um tempo definido e fixo no qual a equipe chega ao local, providencia a segurança, avalia a situação, realiza os procedimentos estabelecidos por protocolos e transporta o paciente para o tratamento definitivo; o tempo gasto neste processo, de acordo com a *American Heart Association* (2004), é de aproximadamente 12 minutos.

Estudos realizados em vítimas atendidas no ambiente pré-hospitalar confirmaram os efeitos do tempo gasto na cena do acidente sobre a recuperação das vítimas. Na Primeira Guerra Mundial, a mortalidade de feridos foi de 5,8%, com transporte variando de 12 a 15 horas; na Guerra da Coréia, com transporte entre 4 a

6 horas, o índice caiu para 2,4%; no Vietnã, com o transporte em média de 1 a 4 horas, o índice foi de 1,7%; quando a equipe de resgate gastou 10 minutos para o atendimento e o transporte, a sobrevivência foi de 83% (SANTOS, 2004).

A importância do atendimento pré-hospitalar pode ser vista, por exemplo, na cidade de Curitiba, Paraná, no ano de 1995: o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito atingiu seu maior pico 37,2/100.000 habitantes; já em 1998 apresentou o índice de 14,2/100.000 habitantes. Esta significativa redução é, possivelmente, resultado da atuação do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), implantado em fase experimental em 1992, com ação efetiva na Capital a partir de 1995 (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2003).

Efetivamente, o atendimento pré-hospitalar é decisivo para a reabilitação das vítimas, por impedir que o agravo tome proporções maiores, como: seqüelas irreversíveis, ou até a morte; portanto, o atendimento às vítimas de forma rápida e segura pode apresentar a diferença entre a vida e a morte, entre a incapacidade grave e permanente.

2.4 ASPECTOS DA HISTÓRIA DO PROGRAMA DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA

Com a mudança do perfil epidemiológico e a emergente preocupação da saúde em relação à gravidade apresentada pelas vítimas de trauma, procurei nesse item resgatar a retrospectiva histórica referente à preocupação com o preparo dos profissionais de emergência para o atendimento de trauma, e que estabelecem tratamentos que deveriam ser priorizados de acordo com a gravidade das lesões.

Antes de 1980 o atendimento aos pacientes traumatizados era considerado como superficial; não havia em nenhum local um programa padronizado de treinamento de profissionais de saúde de áreas de urgência e emergência. Em

fevereiro de 1976 ocorreu uma tragédia que mudou a face do atendimento na primeira hora às vítimas de trauma nos Estados Unidos e potencialmente em demais países. Um ortopedista, pilotando seu próprio avião, caiu numa plantação de milho, na zona rural de Nebraska. O cirurgião e seus filhos sofreram traumatismos graves e sua esposa morreu no local. O cirurgião reconhecendo que seu atendimento não fora adequado, começou a questionar como poderia oferecer melhor atendimento de emergência, concluiu então que o sistema deveria ser mudado (ATLS, 1999).

Assim um grupo de cirurgiões e clínicos em Nebraska, com o auxílio da universidade e o Comitê Estadual em Trauma de Nebraska, identificaram a necessidade de treinamento no atendimento à vítima de trauma, com uma combinação de palestras, associada à demonstração de procedimentos de reanimação e experiências práticas em laboratório, formando o primeiro curso ATLS para médicos. Esse curso baseou-se no atendimento inicial ao traumatizado de forma adequada e em tempo hábil, ou seja, de forma sistematizada; cinco anos se passaram antes que se evidenciasse que essa premissa era correta, através da identificação da distribuição de óbitos devidos ao trauma, que foi descrita em 1982 (ATLS, 1999).

Essa classificação compreende os três primeiros picos de riscos de morte para a vítima de trauma, em que o primeiro pico ocorre nos primeiros segundos a minutos do trauma; durante esse período inicial as mortes se devem em geral a lacerações do cérebro, do tronco cerebral, da medula espinhal, do coração ou de outros grandes vasos sangüíneos. Entre essas vítimas poucas podem ser salvas devido à gravidade de lesões, porém a recuperação após esse pico poderá ser alcançada em áreas que dispõem de atendimento pré-hospitalar de emergência e transporte muito rápido, no entanto a redução efetiva poderá ser conseguida por métodos de prevenção eficaz. O segundo pico incide no período entre minutos a várias horas

depois do trauma e é o mais focalizado no ATLS caracterizado por avaliação e reanimação rápidas. O terceiro pico pode ocorrer dias após o traumatismo inicial, é mais freqüente devido a sepse e à insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas (ATLS, 1999).

O final da década de setenta prenunciou uma nova abordagem no atendimento a vítimas de trauma, com a realização do primeiro curso ATLS em 1978, devido ao reconhecimento do trauma como doença cirúrgica, em 1979, pela Comissão de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Também a partir dessa década nos Estados Unidos da América, os hospitais de emergência médica sentiram necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência e começaram a investir nos profissionais médicos e enfermeiros que atuavam neste setor. Assim foi criado o curso do ATLS para médicos e também foram desenvolvidos programas educativos para o aperfeiçoamento dos enfermeiros de unidade de emergência, o qual denominou-se *Trauma Life Support Courses for Nurses (TLS for Nurses)* e Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST). Esses programas tinham como objetivo melhorar significativamente o resultado do atendimento ao traumatizado grave através de um atendimento inicial dado de forma adequada, sistematizada e em tempo hábil (GOMES, 1994 apud WEHBE e GALVÃO, 2001).

Segundo ATLS (1999), o atendimento ao paciente traumatizado era de forma um tanto superficial, sendo que não havia um programa padronizado para treinamento da equipe que atuava nesses setores, e estes se viam à frente de situações, nas quais vidas eram perdidas ou certos tipos de invalidez eram prolongados pela deficiência dos primeiros socorros.

Segundo Wehbe e Galvão (2001), no Brasil, somente a partir da década de 80 foi dada maior ênfase no treinamento dos profissionais que atuam no atendimento

de emergência. Em 1985, foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que incide na primeira associação de enfermagem especializada em trauma. Em 1983, a Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu os Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência, classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência: o primeiro nível requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo este profissional necessita de formação específica em enfermagem de emergência, e no terceiro, o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar.

O serviço de emergência, para Andrade, Caetano e Soares (2000), é um complexo cenário, no qual devem estar incorporados profissionais o bastante preparados para oferecer atendimento imediato sistematizado e de elevado padrão aos pacientes que dele necessitam.

2.5 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO E O CUIDAR DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A emergência representa uma situação ameaçadora e brusca que requer medidas imediatas de correção e defesa, diferenciando-se do atendimento em consultórios, unidades de saúde básica, ou de tratamento programado, pois os sujeitos apresentam uma ampla variedade de problemas atuais ou potenciais, podendo seu estado alterar-se de minuto a minuto. Desse modo, a decisão da equipe necessita ser imediata, baseada num atendimento sistematizado e preciso, geralmente estabelecendo prioridades através de protocolos de emergência.

Considerando esta realidade, concordo com Gomes, Mendonça e Pontes (2002), que ratificam as pessoas que trabalham em serviços que prestam assistência

à saúde precisam estar preparadas tanto técnica como eticamente, para dar um atendimento competente e com respeito aos direitos do paciente, pois no cotidiano desse ambiente, em razão da complexidade frente às emergências, mais facilmente o cliente corre o risco dos seus direitos serem ameaçados.

Para o atendimento de um sujeito em regime de emergência/urgência creio que não basta à equipe ter senso apurado para diagnóstico e habilidade técnica para a realização de procedimentos propedêuticos e terapêuticos, uma vez que o cliente não é apenas um ser acometido por uma enfermidade, mas é acima de tudo uma pessoa com aspirações e vontade de viver. Assim sendo, é fundamental para o profissional enfermeiro também ter sensibilidade e conhecimentos para trabalhar com os sentimentos, valores e crenças do paciente, da sua família e da equipe, além de lidar com suas próprias emoções (GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002).

O Sistema Único de Saúde enfrenta diversas dificuldades, interferindo diretamente nas condições de trabalho, como por exemplo, a explosão demográfica, visto que as instituições de saúde não cresceram conforme esta realidade; *déficit* de equipamentos e recursos humanos; inadequada remuneração dos profissionais de saúde; falta de vagas para as unidades de terapia intensiva; pacientes internados em corredores e outros locais não apropriados. Isto leva os profissionais das unidades de emergência à análise mais acurada para estabelecer a priorização do atendimento, tornando o trabalho longo, árduo, estressante, dificultando para o cliente manter um relacionamento confidencial e privativo (GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002).

Frente a esta realidade, acredito ser necessário para a equipe estar ciente de suas limitações e capacidades, para assim dar o melhor cuidado a seus clientes, bem como procurar não diminuir sua efetividade pela fadiga ou frustração.

Perante tantos dilemas éticos que vivenciamos em nosso cotidiano profissional, penso que é preciso retomar a empatia como atributo para que o enfermeiro aceite as limitações do outro, compreendendo-o dentro de seu esquema, sobretudo, através do exercício de colocar-se no lugar do paciente. Creio, portanto, que é importante acrescentar que o enfermeiro não deve ser uma pessoa de quem se espera apenas os conhecimentos científicos, mas também deve ser uma pessoa de quem se espera que saiba ter empatia com seus clientes, e realmente possa promover cuidado, apoio e conforto, favorecendo o relacionamento paciente/família/e equipe, como uma relação de colaboração e respeito mútuo.

Ratifico também a valorização do profissional como ser humano, pois a considero como elemento fundamental para o cuidado humano e auto-realizável junto ao cliente. Se este se sentir valorizado como pessoa, o enfermeiro também reconhecerá a importância do seu próprio desempenho não apenas para a instituição, mas também para seu próprio crescimento e sua auto-realização. Nesta perspectiva, o enfermeiro terá condições de ver no doente uma pessoa e nortear sua própria conduta profissional (GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002).

Também considero fundamental para o profissional da enfermagem, que o “ser interior” esteja integrado e ajustado, para compreender, com maior profundidade, os valores e crenças do outro. Para isso, o cultivo do “mundo interior” é um processo dinâmico, criativo e permanente, uma tarefa pessoal e responsável. Ademais, é sabido que para oferecermos cuidados de enfermagem na qual o cliente possa sentir-se mais confortado, seguro, e amparado, acredito ser imprescindível para nós, enfermeiros, maior conscientização acerca do importante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes de nossas intervenções.

Durante essas reflexões, retomei uma inquietação que me acompanha desde minha caminhada como enfermeira de um pronto socorro. Sempre constatei que, ao estabelecermos as prioridades técnicas decisivas e precisas durante um atendimento de emergência, estamos atentos à agilidade, competência, destreza e energia, porém não podemos ocultar valores fundamentais, como a atenção, bondade, dedicação e entusiasmo, pois para nós, como profissionais, podemos estar atendendo nosso centésimo cliente, mas para ele e seus familiares é o único e o mais importante, esperando realmente ser ouvido, compreendido e ajudado.

Deixo claro que não busquei nestas reflexões nenhum conceito que explique a representação da vítima frente ao cuidado de enfermagem, e sim o que pretendo é articular a discussão aqui desenvolvida mediante os discursos, e assim compreender as representações da vítima de trauma sendo atendida no serviço de emergência, pois acredito que esta poderá ser uma nova atitude que faça a diferença no cuidado prestado ao cliente.

2.6 A RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E O PACIENTE

Nas últimas décadas tem-se verificado grande crescimento do saber na área da saúde. A enfermagem, além de buscar atualizar-se, vem aprofundando reflexões e questionamentos sobre sua prática cotidiana, a fim de enfrentar os desafios que surgem com essa expansão tecnológica.

Apesar dos avanços na área do diagnóstico e do tratamento, relações mais simétricas entre clientes, muitos profissionais da saúde e instituições parecem não ter avançado suficientemente. São muitas as situações do cotidiano profissional que demonstram a continuação de uma relação predominantemente verticalizada, paternalista e autoritária (SOARES e LUNARDI, 2002).

Para Fortes (1998), a autonomia do ser humano é considerada um direito nato, mediante a qual o cliente pode agir de acordo com sua vontade, fazer escolha do que é melhor para si mesmo como um sujeito sócio-individual, histórico, não esperando nunca estar à mercê da vontade dos outros. Ser autônomo significa ter liberdade de pensamento, sem coações internas ou externas, poder optar e decidir, dentre as alternativas de que dispõe, aquele que melhor lhe convém como um ser de relações. O respeito ao sujeito autônomo deve pressupor que se aceite o “pluralismo ético-social, característico de nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, ou seja, segundo Minayo (2004, p.158) ”o sujeito é quem representa a percepção do pensamento de ação e de sentimentos que expressam a realidade”. Assim, através da representação da realidade é ele quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios.

A ação do profissional da saúde deve ser orientada para o respeito à liberdade de escolha do cliente, diante da situação que lhe é apresentada, tendo presente que o corpo, a dor, a doença pertencem a ele; à medida que violarmos sua autonomia, estaremos tratando-o como meio e não como fim em si mesmo; na medida em que este cliente exercer sua autonomia, reconhecendo tanto seus direitos como seus deveres, estará construindo também sua cidadania (SOARES e LUNARDI, 2002).

Segundo Gauderer (1995, p.47-48) considera que “a nossa postura é, por formação e também por força do ofício, autoritária, dogmática, paternalista, com tendência a tornar-se flexível, democrática e de parceria com o paciente e a comunidade, devido às mudanças ocorridas no cidadão”. Apesar de já se observarem mudanças nessas relações, principalmente nos grandes centros, nos quais os questionamentos, bem como as pressões da coletividade são maiores o que

tem exigido dos profissionais da saúde postura mais democrática, esta não parece ser a tônica dominante, tendo em vista as múltiplas diferenças regionais e culturais do país. Essa relação de poder, entre os profissionais e os clientes, vem se reproduzindo ao longo da história, nos serviços de saúde e nas sociedades em geral.

Na maioria das vezes, muitos profissionais, reconhecendo-se como responsáveis pelo cliente, ainda decidem sem consultá-lo, acreditando, de modo autoritário, que são eles que sabem o que é melhor para ele, pensando agir de modo adequado e aceitável.

Conforme Boltanski apud Minayo (2004, p.180),

O profissional da saúde, no exercício da profissão, situa-se em três lógicas contraditórias: a primeira refere-se à do humanitarismo, que se traduz na ideologia de fazer tudo pelo doente, no que se julga o detentor da vida e da morte; a segunda trata da lógica, da racionalidade e do interesse científico; e a terceira é a da rentabilidade econômica, o *status* profissional na sociedade capitalista.

Baseado nesta lógica, que se refere à “ideologia de fazer tudo pelo cliente, na medida em que se julga detentor da vida e da morte”, percebo que o profissional da saúde, freqüentemente tem exigido obediência, por parte dos clientes, para suas prescrições e orientações, visando à modificação de seus hábitos, como aparente pré-requisito para melhorar e assegurar a sua saúde.

Assim sendo, diversos fatores têm contribuído para manter o cliente nessa relação de obediência e dependência para com o profissional da saúde. Segundo Minayo (2004, p.181),

A barreira mais visível entre o médico e a população, no exercício de sua profissão, se dá através de um código de linguagem fechado e específico. Primeiramente ele se atém ao contorno biológico e individual do doente. Desta forma, explica o fenômeno saúde/doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual. Separa o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionamentos de sua situação.

Em segundo lugar, transforma o conceito de doença numa especialidade a respeito de determinado órgão, considerando o corpo do doente principalmente como objeto de saber e espaço da doença. Em terceiro plano, a práxis médica chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível, que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais.

Para Soares e Lunardi (2002), percebe-se que a informação é como elemento fundamental no processo de autonomia do cliente. A comunicação entre as pessoas se dá mediante a transmissão de um saber, de um fato ou de um sentimento, um intercâmbio de informações, uma interação, em que o cliente e o profissional, compartilhando suas vivências, anseios e dúvidas. Muitas vezes, os profissionais envolvidos em diversos afazeres, alegam não dispor de tempo suficiente, ou não priorizam esse momento de interação, de troca de experiências e de informações.

Quanto mais informado estiver o cliente, mais opção terá de escolha para decidir o que é melhor para si, pois a informação,

É à base da decisão, do julgamento e da ponderação. A informação amadurecida pela vivência e pela experiência nos permite transcender a liberdade, proporcionando-nos um estado de interdependência com as pessoas e o mundo a nossa volta, relação esta de igualdade, autonomia e liberdade (GAUDERER, 1995, p.47).

A informação é um direito inalienável do cidadão, ou seja, o homem, para ter sua condição de cidadão reconhecida, a princípio, requer o direito total e ilimitado de saber tudo o que diz respeito a si, sobre seu corpo, sua saúde e sua doença, uma vez que esse corpo, essa saúde ou essa doença lhe pertencem, e não ao profissional que o assiste. Ao ser atendido pelo profissional de saúde, permite-lhe lidar consigo, “mas não lhe outorga necessariamente o direito de, unilateralmente, decidir por ele” (GAUDERER, 1995, p.47).

O modelo biomédico oficial, quando focaliza seu agir no biológico individual, segundo Minayo (2004, p.182), reforça:

...que a realidade continua obscurecida pelo pensamento de avanço, de domínio sobre a vida e a morte de forma desenvolvimentista. Essa representação justifica o técnico, importante, mas parcial, pois desconsidera os condicionantes históricos-sociais que marcam os modos de adoecer e morrer numa sociedade, e desconhece todos os aspectos sociais envolvidos na prática relativa aos cuidados com a saúde.

Assim acredito que conhecer a representação, a percepção do pensamento de ação e sentimentos que expressam a realidade de ser vítima num episódio traumático é uma maneira de conhecermos os aspectos sociais envolvidos em nossa prática de cuidar.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo descrevo a trajetória metodológica empregada neste estudo: o tipo de estudo, o cenário e os sujeitos do estudo, os métodos e técnicas para a coleta dos dados, os recortes, as discussões e as análises dos mesmos.

3.1 O TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada é de natureza qualitativa, voltada à apreensão das representações produzidas por adultos em uma situação de emergência traumática. Esta abordagem qualitativa apresenta a perspectiva, no qual o mundo da experiência passa a ser envolvido como um mundo significativo e o ser humano como imerso no círculo de significados que ele mesmo constrói na arte social (MINAYO et al., 2002).

Segundo essa autora, a pesquisa qualitativa preocupa-se, principalmente, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, oferecendo uma perspectiva mais ampla ao tema em estudo.

Segundo Beck (apud FLICK, 2004, p.20-29),

...a importância em especial à pesquisa qualitativa para o estudo das relações sociais deve-se à crescente individualização das formas de vida e dos padrões biográficos, e a decomposição de velhas desigualdades sociais dentro da nova variedade de ambientes, estilo e formas de vida, em que esta pluralização demanda um novo conhecer para o estudo empírico das questões.

Os métodos qualitativos apreciam a comunicação do pesquisador com o campo e seus membros, como objeto da produção de conhecimento. As subjetividades do pesquisador e dos que estão sendo estudados são elementos do processo de

pesquisa na qual são empregados os métodos de descrição na psicologia no início do século 20, ao lado dos métodos experimentais. Porém, abordagens cada vez mais experimentais e de quantificação revelaram-se contrárias às estratégias compreensivas e qualitativo-descritivas. Entretanto, na década de 1970, empregada em discussões alemãs, resgatam o renascimento da pesquisa qualitativa nas ciências sociais e na psicologia (FLICK, 2004, p.20-29).

Para Toulmim (apud FLICK, 2004), a pesquisa social apresenta quatro tendências: o retorno ao oral, que se manifesta na formulação de teorias e na realização de estudos em filosofia, lingüística, literatura e ciências sociais; o retorno ao particular com objetivo de voltar a tratar de problemas concretos; o retorno ao local que encontra sua expressão no estudo de sistemas do conhecimento, práticas e experiências, e o retorno ao oportuno, manifesto na necessidade de dispor os problemas a serem estudados e as soluções a serem desenvolvidas dentro de seu contexto temporal ou histórico.

Na ótica analítica em que a pesquisa qualitativa mantém a flexibilidade necessária em relação a seus objetos e tarefas, procurei através destas conhecer as representações da situação de emergência traumática para aqueles diretamente afetados, e compreender a diversidade de perspectivas sobre o contexto do acidente, do atendimento pré-hospitalar e do atendimento no serviço de emergência, pois, segundo Flick (2004, p.20-29), “a pesquisa qualitativa demonstra a variedade de perspectivas sobre o objeto, partindo dos significados subjetivos e sociais a ele relacionados”.

3.2 O LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no período de agosto à novembro 2004, com sujeitos adultos moradores da cidade Curitiba-Paraná, os quais foram atendidos pós emergência traumática, num pronto socorro de um grande hospital da cidade de Curitiba, Paraná nos doze meses que antecederam ao estudo, e que se dispuseram a participar do estudo.

O local de escolha dos sujeitos para a realização das entrevistas, contemplou o contexto de suas residências, pois coincidentemente todos optaram para ser entrevistados em sua casa, após o convite e esclarecimentos relativos aos objetivos do estudo. Optei por essa forma de contato, pois não me interessava a origem institucional do sujeito e sim suas experiências frente à situação.

3.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo tem como enfoque a abrangência as representações de adultos, que sob a ótica de Polak (1997, p.147-60), são entendidos como:

Adulto é o sujeito que tem competência para determinar e assumir a direção da própria vida, que pondera e medeia as relações com outros e com o mundo; que legisla, delibera, disciplina e normatiza; que detém o poder e, ao mesmo tempo, é alvo deste poder; que tem capacidade para criar e manter vínculos, para assumir-se e assumir o outro sob sua responsabilidade; que tem capacidade cognitiva, afetiva e motora definitiva; enfim que produz e é produzido pelo social.

Os sujeitos da pesquisa foram 10 (dez) adultos, que passaram pela experiência de uma situação de emergência traumática, e pelo atendimento no serviço de emergência de um grande hospital da cidade de Curitiba, durante o ano de 2003.

O critério de inclusão dos sujeitos neste estudo foi: que deveriam ser adultos acima de 19 anos, de ambos os sexos, com integral consciência de seus atos, não portadores de lesão corporal gerada por trauma, ser morador na cidade de Curitiba se dispusesse a participar da pesquisa e entrevistado até a saturação dos dados.

Inicialmente os possíveis participantes foram contatados por telefone, para convidá-los a participarem da pesquisa e receberem esclarecimentos relativos aos objetivos do estudo, posteriormente à alta hospitalar e após o fornecimento de seu nome e telefones pelo hospital colaborador da pesquisa. Após essa abordagem, marquei com os sujeitos a entrevista em local reservado e de escolha do participante.

3.4 A QUESTÃO ÉTICA

Inicialmente encaminhei ao diretor do Hospital de Emergência, em Curitiba-Paraná, um pedido de autorização para a realização da pesquisa, de quem recebi parecer favorável para fornecer os nomes e telefones dos sujeitos a serem selecionados e convidados a participar em pesquisa; posteriormente encaminhei o projeto.

A escolha por determinados participantes ocorreu após a concordância dos mesmos em participarem do estudo, em que o primeiro contato foi feito por telefone, sendo garantidos a sustentação do sigilo e o anonimato de sua identidade, e das instituições de origem, além do direito de recusar a participar de qualquer etapa do trabalho. Antes da realização da entrevista, o sujeito tomava conhecimento dos objetivos do estudo, por meio do consentimento livre e esclarecido elaborado conforme o artigo 35, da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O impresso continha os preceitos éticos obedecidos no estudo, em duas vias, uma das quais ficava com o entrevistado, para seu conhecimento e assinatura; e a outra via

ficava com a entrevistadora para arquivo; também foi requerido o consentimento para a gravação das entrevistas.

Alguns aspectos, segundo Badeia (1999), devem ser estabelecidos para a efetivação da pesquisa com seres humanos; um deles é o consentimento livre e esclarecido que possibilita o respeito devido à dignidade humana. Para viabilizá-lo, é recomendada uma redação clara, em linguagem compreensível, contendo elementos referentes aos objetivos, à justificativa aos procedimentos, ao direito de desistir em qualquer fase do estudo, além da segurança do sigilo que afirme a privacidade.

O projeto foi submetido ao comitê de ética da instituição de origem dos sujeitos, o qual o aprovou conforme protocolo sob o n.º 413/2004, consentindo assim, no desenvolvimento do estudo.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, com gravação das respostas dos sujeitos, para acessar representações da situação de emergência traumática para a vítima, mediante questões abertas dirigidas a partir de um roteiro mínimo, que propicia a voz do entrevistado estabelecido pelo entrevistador. A diferença é que este tipo de entrevista, além de conter questões fechadas e diretas inclui um número pequeno de perguntas abertas, nas quais o entrevistador utiliza “certa liberdade”, para acessar as falas dos sujeitos, com a qual procura perceber as lembranças da experiência em foco, fazendo um recorte na vida dos atores entrevistados que narraram eventos e percepções ocorridas pela experiência frente à situação de emergência traumática, vivenciada pela vítima.

A entrevista, para Minayo (2004, p.105-106), é uma combinação bilateral, na qual os cientistas sociais têm restringido a entrevista às circunstâncias nas quais uma pessoa, o entrevistador, com um conjunto de perguntas preestabelecidas, leva à outra, o entrevistado, a responder a tais perguntas. Para esse autor, a entrevista é um modo de comunicação na qual determinada informação é transmitida de uma pessoa à outra, sendo esse modo de comunicação produzido em ambos os sentidos.

Como técnica de pesquisa, a entrevista é muitas vezes utilizada de forma reduzida ao impor uma escolha-resposta entre as alternativas relacionadas às perguntas rigidamente formuladas ou, então à obtenção exclusiva dos aspectos apontados pelo entrevistador como os mais relevantes elementos de um conjunto científico previamente definido: o problema e a metodologia (WOOD e HABER, 2001).

Inicialmente, realizei uma entrevista piloto com o objetivo de legitimar o instrumento e realizar possíveis modificações; após o teste com seis sujeitos, as questões formuladas denotaram-se pertinentes e suficientes para o desenvolvimento do estudo. Ressalto que os sujeitos que participaram do teste piloto foram contemplados no estudo final.

A primeira parte da entrevista foi para caracterizar o perfil dos sujeitos do estudo, constituído pelos dados sociodemográficos. A segunda parte teve como finalidade a apreensão das representações atribuídas por esses sujeitos que vivenciaram a experiência frente à situação de emergência traumática, e o posterior atendimento nos serviços de emergência (Pronto Socorro), frente aos seguintes pontos:

- Você se lembra como foi o acidente?
- Como foi para você o atendimento no local do acidente?
- Como foi para você ter sido atendido no Pronto Socorro?

- O que representa para você ter estado em uma sala de emergência?
- Como foi para você o retorno ao lar, após a alta hospitalar?

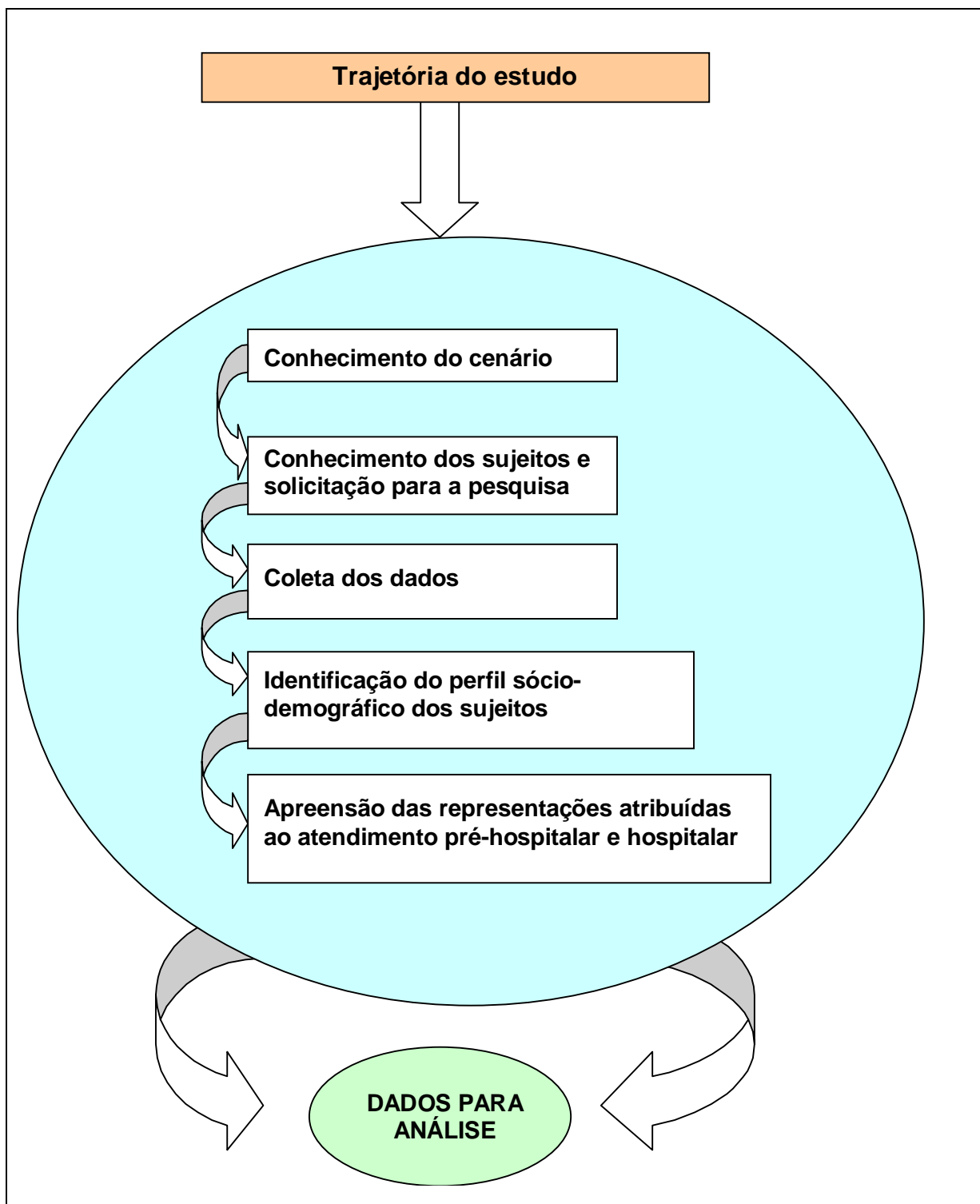
As entrevistas foram marcadas com antecedência, com duração média de uma hora, e foram realizadas na residência dos sujeitos local de escolha dos mesmos, permitindo que eles se sentissem à vontade para expressar seus sentimentos. Antecedendo os questionamentos, foram apresentados os objetivos do estudo; a seguir os aspectos éticos a serem seguidos no estudo; por fim, o sujeito assinava o termo de consentimento livre e esclarecido. Para manter o sigilo e anonimato dos participantes, estabeleci os seguintes códigos: os depoimentos foram identificados com a letra E, seguidos do número da entrevista e da idade dos sujeitos, por considerar este perfil importante na articulação entre os dados e o referencial teórico. As entrevistas foram ouvidas e transcritas integralmente.

3.6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

As ações metodológicas desenvolvidas no estudo, para coleta de informações e descrição da trajetória do atendimento de emergência, são mostradas (figura 1), para a melhor compreensão do seguimento do estudo desenvolvido.

O quadro da trajetória metodológica do estudo (figura 1) representa: o conhecimento do cenário, apresentação e conhecimento dos sujeitos, identificação do perfil sócio-demográfico dos sujeitos, apreensão das representações atribuídas ao atendimento pré-hospitalar, apreensão das representações atribuídas ao atendimento hospitalar os quais foram classificados e organizados para auxiliar a análise do estudo.

FIGURA 1 - TRAJETÓRIA DO ESTUDO



3.7 ANÁLISE DO MATERIAL

Este estudo abordou para a análise do material a “Análise de Conteúdo”, que, segundo Minayo (2004, p.199),

...trata-se de um conceito historicamente construído, com implicações teórico-metodológicas, em que se fundamenta a busca de um instrumental que corresponda às dimensões das relações humanas, como por exemplo, a pesquisa que toma como objeto a saúde em suas diversas faces: política, administração, configuração institucional entre outras, enquanto representações sociais e análise de relações.

Historicamente, a Análise de Conteúdo, segundo Minayo (2004, p.203), conduz-nos:

a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação das entrevistas, observação e outros. Do ponto de vista operacional a Análise Conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados, ou seja, articula a superfície descrita e analisada com fatores que determinam suas características.

A Análise de Conteúdo segundo Minayo (2004), hoje é compreendida muito mais do que um conjunto de técnicas; destaca que atualmente, por meio dela, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação, tem também a função que diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Para a autora citada, existem três grandes obstáculos para a análise do conteúdo eficiente das informações obtidas; o primeiro é a “ilusão da transparência”, isto é, a falsa compreensão espontânea de somente atingir a projeção de sua própria subjetividade. O segundo obstáculo é sucumbir à magia dos instrumentos metodológicos,

esquecendo a razão de seu uso, isto é, a fidedignidade às significações presentes em seus dados. Já o terceiro está na dificuldade de o pesquisador articular os dados obtidos, dados concretos com as teorias e conceitos abstratos. Esse fato pode produzir um distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa. A maior experiência e a maior fundamentação teórica por parte do pesquisador podem auxiliá-lo a ultrapassar esses obstáculos, entre outros fatores.

Dentro da proposta de investigação social, a análise do material possui três finalidades, segundo Minayo (2004 p.198), isto é, “insere-se no contexto de descoberta das pesquisas, propondo a busca a partir do material coletado; administra ou confirma hipóteses provisórias; amplia a compreensão de contextos com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens”.

A análise de dados percorreu três fases operacionais:

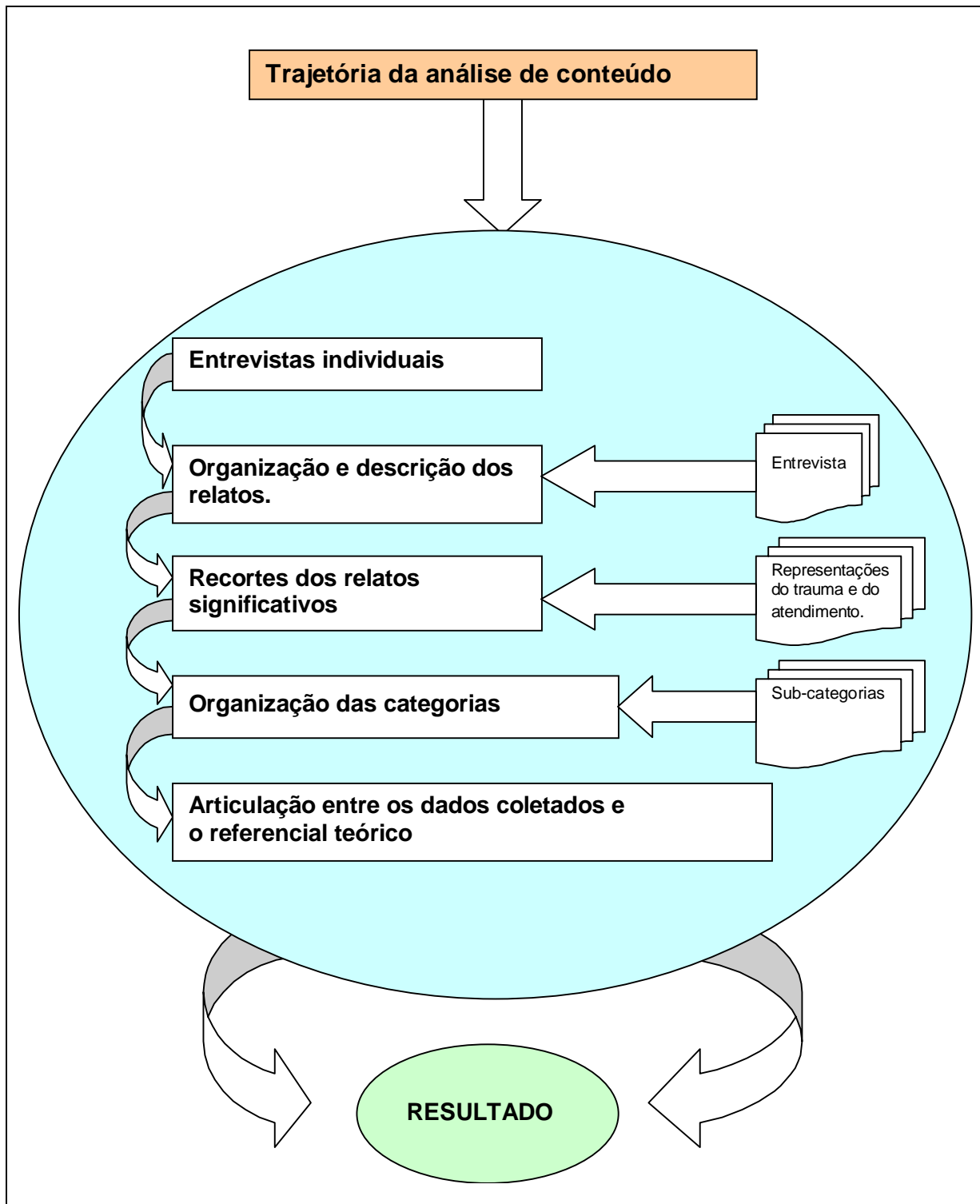
- 1.^a fase: leituras sucessivas do material a ser analisado e do referencial teórico, organização dos relatos numa certa ordem, dando início aos recortes das frases significativas, pressupondo organização dos dados.
- 2.^a fase: resulta da aproximação dos pressupostos teóricos com os dados empíricos obtidos. É importante saber que os dados não existem por si sós, mas são construídos a partir de questionamentos que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica (MINAYO, 2004). Esta fase classificatória foi desenvolvida a partir dos seguintes passos: leitura repetida dos dados, organização das frases significativas em núcleos temáticos segundo o suporte teórico, e por conseqüência, optei por trabalhar com as categorias, após a pré-análise, a exploração do material, a descrição dos resultados obtidos e interpretação.

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que compreende elementos ou aspectos com características comuns, ou que se relacionam entre si; nesse sentido, trabalhar com as categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito (MINAYO, 2004).

- 3.^a fase: é aquela em que culminou a articulação entre os dados e o referencial teórico. Constitui a elaboração da síntese dos discursos. Faz-se uma inflexão sobre o material empírico, que é o ponto de partida e de chegada da interpretação. Esse movimento promove as relações entre concreto e abstrato, o geral e o particular, a prática e a teoria (MINAYO, 2004).

Foram estabelecidas 2 (duas) categorias prévias que correspondiam à trajetória do trauma, que são a representação do atendimento pré-hospitalar e do atendimento hospitalar. Na (figura 2), apresento o caminho percorrido para a análise do material, realizada por meio de leituras sucessivas das entrevistas, organização dos relatos ordenadamente, das frases significativas em categorias e divididos em subcategorias, análise e articulação entre os dados e o referencial teórico.

FIGURA 2 - TRAJETÓRIA PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO



4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para analisar e discutir os dados, este capítulo está organizado em dois itens: o primeiro trata das questões relativas à caracterização dos sujeitos e o segundo das representações da emergência traumática.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A caracterização do perfil biossocial dos 10 entrevistados é apresentada no quadro abaixo, incluindo os dados referentes ao acidente, correspondendo à primeira parte da entrevista.

QUADRO 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS - CURITIBA - 2004

| CARACTERÍSTICAS | CATEGORIA | FREQÜÊNCIA | TOTAL |
|----------------------|-----------------------------|------------|-------|
| Sexo | Feminino | 3 | 10 |
| | Masculino | 7 | |
| Idade | 20 a 40 anos | 8 | 10 |
| | 40 a 50 anos | 1 | |
| | 50 a 60 anos | - | |
| | 60 e mais | 1 | |
| Estado civil | Casado | 3 | 10 |
| | Solteiro | 5 | |
| | Separado | 1 | |
| | Viúvo | 1 | |
| N.º de filhos | 0 e 1 | 8 | |
| | 2 e 3 | 2 | |
| Escolaridade | Ensino Fund. incompleto | 2 | 10 |
| | Ensino Fund. completo. | 1 | |
| | Ensino Médio completo | 6 | |
| | Ensino Superior incompleto. | 1 | |
| Religião | Católica | 7 | 10 |
| | Evangélica | 3 | |
| Situação de trabalho | Aposentado | 1 | 10 |
| | Atividade remunerada | 9 | |
| Tipos de acidente | Colisão | 7 | 10 |
| | Atropelamento | 1 | |
| | Queda de nível | 1 | |
| | Acidente de trabalho | 1 | |

Analisando o quadro acima, percebe-se que o maior componente do trauma foi o acidente de trânsito, com elevado índice na população masculina entre a faixa etária de 20 e 40 anos, confirmando dados oficiais, pois segundo o Ministério da Saúde (2003), os acidentes de trânsito no país matam quatro vezes mais do que guerras e conflitos, representando a principal causa de morte masculina na faixa etária dos 5 aos 40 anos, no qual os índices atingem em média 49% entre as causas externas. O acidente de trânsito tem um ônus social bastante significativo, principalmente, por atingir a população jovem, sadia e produtiva, ou ainda incapacitando-os com seqüelas temporárias ou definitivas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Em relação ao acidente de trânsito, resalto o atropelamento: estatísticas apontam este como uma das causas que apresenta incidência crescente, atingindo 34% do total de óbitos por trauma (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ, 2003).

4.2 AS REPRESENTAÇÕES DAS ETAPAS DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

A interpretação dos relatos das vítimas de trauma permitiu a distribuição dos relatos nas duas categorias predeterminadas; nessas foi possível identificar sete subcategorias que, de acordo com minha compreensão, expressam representações da trajetória da situação de emergência traumática, vividas pelos sujeitos do estudo.

As categorias da representação do atendimento pré-hospitalar e a do atendimento hospitalar, foram apreendidas através de recortes que expressam a representação do sujeito frente à trajetória do atendimento de emergência traumática, ou seja, sintetizados na linguagem que configura essa situação, e que inscreve suas marcas nas lembranças, representadas pela distância, impessoalidade, indiferença e solidão no ambiente hospitalar, e paradoxalmente, à solidariedade e

responsabilidade configurados na trajetória pré-hospitalar, sintetizados em duas categorias apresentadas no quadro abaixo:

QUADRO 2 - A REPRESENTAÇÃO DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

| CATEGORIAS | SUB CATEGORIAS |
|---|---|
| - A representação do atendimento pré-hospitalar | - o atendimento pré-hospitalar dos socorristas - a solidariedade e conforto |
| - A representação do atendimento hospitalar | - as conseqüências imediatas do acidente - o atendimento hospitalar na sala de emergência - o ambiente hospitalar - o sentimento de abandono - o reencontro com a família |

4.2.1 A Representação do Atendimento Pré-Hospitalar

Na trajetória do atendimento de emergência para a vítima de trauma destaco como primeira categoria a representação do atendimento pré-hospitalar, que foi composta por 2 (duas) subcategorias de representação: o atendimento pré-hospitalar dos socorristas e a solidariedade e conforto.

Na categoria representação do atendimento pré-hospitalar houve o aparecimento de 2 (duas) subcategorias denominadas em que configuraram o primeiro momento do acidente, o atendimento pelos socorristas e a proteção própria criada pelos espectadores do acidente. Na representação do atendimento do trauma pode-se identificar o caminho percorrido no ambiente hospitalar até a volta ao lar.

Apreciando a voz em questão "você lembra como foi o acidente", percebi que ao relembrar a ocasião do acidente, os sujeitos configuraram em suas falas a história do episódio traumático, destacando-se durante a análise os mecanismos de trauma: de acidentes automobilísticos, atropelamento, acidente de trabalho, e queda de mesmo nível.

No trauma a história completa e precisa, como por exemplo, o tipo do evento traumático, a estimativa da quantidade de transferência de energia e o tipo de impacto, desde que interpretada corretamente, poderá levar à suspeita das lesões em até 90% dos casos, segundo ATLS (1999), ou seja, as informações obtidas da equipe do resgate pré-hospitalar, da cinemática do trauma, dos danos externos e internos constatados no veículo freqüentemente constituem pistas para as lesões sofridas pelos ocupantes e facilita a identificação de lesões ocultas ou de diagnóstico difícil, e nesta ótica também as vítimas configuraram a cena do acidente transformando suas informações em relatos técnicos e justificam a falha que causou o acidente, e que normalmente não era causada pelo sujeito entrevistado e sim do outro.

O trecho do discurso abaixo ilustra esta observação:

...estava dirigindo meu carro, em que eram passageiras seis crianças [...] avistei um ônibus escolar, que trafegava na transversal, eu tinha certeza que ele pararia, antes da preferencial, a rua que eu estava, porém ele não parou, batemos de frente... (E 1- 45 anos)

Nesse relato, identifico tanto os fatos que antecederam o acidente, como a desobediência à sinalização, visto que o ônibus não parou antes da preferencial o que causou a colisão frontal.

Quanto à colisão frontal é importante enfatizar que os danos ocorridos nesse cenário envolvem tanto o veículo como a vítima, havendo colisões com objeto como também com os órgãos da vítima e a estrutura externa de seu corpo.

Segundo ATLS (1999), um impacto frontal é definido como uma colisão contra um objeto que se encontra frente ao veículo e que reduz subitamente a velocidade. E ressalta que nesse tipo de impacto a vítima pode escorregar para baixo e acometer as extremidades inferiores, como, por exemplo, pode lesionar os joelhos, os pés ou a pelve, caso recebam a transferência inicial de energia.

Outro aspecto que observo ao analisar o recorte referente à cena do acidente é que a maioria das vítimas não estava usando adequadamente equipamentos de segurança preconizados pela legislação de trânsito, como o cinto de segurança; os recortes a seguir sustentam a afirmação:

...fiquei muito preocupada porque as crianças do banco de trás não estavam usando cinto de segurança... (E 1- 45 anos)

Segundo ATLS (1999), é importante destacar que a vítima que sofre um impacto frontal e não esteja usando cinto de segurança poderá projetar o tronco contra a coluna da direção ou do painel, como também, a cabeça poderá chocar-se com o pára-brisa ou contra a moldura que o sustenta. Frente esse mecanismo de trauma ressalto que estruturas anatômicas vitais como a coluna cervical, o tórax e o abdômen absorvem um forte impacto em relação à energia inicial do impacto.

Porém ao analisar os recortes acima percebo que como a entrevistada confirma, apesar das diretrizes do Código Nacional de Trânsito, ainda existe resistência às mudanças de comportamento a despeito da legislação em vigor que preconiza entre outros o uso obrigatório de cinto de segurança a todos os passageiros dos veículos automotores tanto no banco da frente, como nos traseiros (BRASIL, 2001, Portaria 737/GM).

Avaliando os recortes da questão, a cena do acidente, constatei também a descrição do mecanismo de um atropelamento, na qual a vítima relata a seguir:

...O que eu lembro do acidente é um veículo barulhento chegando perto de mim, já em seguida um veículo lento veio encostando e travando a bicicleta, e já cai no chão... (E2- 33 anos)

Ao analisar a trajetória do cenário traumático acima, percebo que a vítima envolveu-se num mecanismo de lesão que incluem o impacto frontal e a ejeção.

Ressalto, segundo ATLS (1999), que os ciclistas que sofrem este tipo de impacto continuam seu deslocamento até que colidam contra um objeto ou contra o solo. Durante esta projeção para frente a cabeça, o tórax ou abdômen do ciclista podem colidir contra o guidão da bicicleta. Se o ciclista for projetado por sobre o guidão e ejetado da bicicleta, parte superior dos membros inferiores pode sofrer um impacto contra o próprio guidão, resultando em fraturas bilaterais do fêmur e quando o ciclista é ejetado por cima da bicicleta e bate contra um objeto ou contra o solo, várias outras lesões podem ocorrer.

Em relação ao acidente de trânsito, é importante ressaltar que o atropelamento, apesar de não ser a principal causa de óbito, apresenta incidência crescente, pois atinge atualmente 34% do total de óbitos por trauma, principalmente, por serem mecanismos de alto impacto que podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de inúmeras lesões, dentre elas, o traumatismo raquimedular, traumatismo crânioencefálico, pneumotórax, hemotórax, aneurismas traumáticos, fraturas e luxações em quadril e membros inferiores (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ, 2003).

O acidente de trabalho também apareceu como fator de risco traumático e seu relato encontra-se abaixo:

...eu não lembro o acidente, o que eu lembro é que estava trabalhando, e uma peça de ferro da máquina se soltou e me atingiu [...] quando eu acordei já estava no hospital, meus amigos disseram que eu desmaiei, eles me socorreram e me trouxeram de ambulância para o hospital. (E4 - 40 anos).

Avaliando a trajetória do cenário traumático acima, pode-se suspeitar que a vítima E4 – 40anos sofreu um trauma crânio-encefálico. Considerando a complexidade desse evento traumático, considero importante resgatar alguns tipos particulares de trauma crânio-encefálico. Segundo ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) (1999), as

lesões conseqüentes ao trauma crânio-encefálico compreendem as fraturas de crânio, as lesões cerebrais difusas e as lesões focais.

Em relação ao mecanismo de trauma acima se pode suspeitar de lesões por concussão, ou seja, choque violento transmitido pela transferência de energia gerada pelo impacto da peça que se soltou.

Conforme o ATLS (1999), a concussão é uma lesão cerebral acompanhada por breve perda da função neurológica, freqüentemente a concussão causa perda temporária da consciência, e geralmente esse período de inconsciência é curto, em sua grande maioria, as vítimas portadoras de concussão poderão estar acordando quando chegam à sala de emergência embora possam apresentar certo grau de confusão mental; após o desaparecimento dessa confusão o paciente pode ser capaz de descrever alguns detalhes do acidente, mas não conseguirá descrever o momento do impacto. Por fim, ao analisar o recorte acima constatei que o mecanismo traumático e os sinais e sintomas referidos correlacionam-se com o conceito teórico de concussão por trauma crânio-encefálico citado.

Embora se tenha a preocupação de reduzir possíveis riscos no ambiente de trabalho, com comissões de prevenção de acidente e medidas para prevenir as lesões, como o uso de equipamentos preventivos individuais e coletivos, ainda percebe-se que, segundo o mecanismo de trauma relatado, existem alguns fatores no ambiente de trabalho que podem gerar acidentes com tipologia bastante distinta e com alta complexidade.

Sabe-se que no Brasil, há atualmente mais de 24 milhões de trabalhadores. Segundo Montes (2005), em 2004 ocorreram mais de 410.500 acidentes de trabalho, que, embora oficiais, saliento que não correspondem à realidade, pois sabemos que

além do mercado informal, também ocorre uma subnotificação destes, principalmente para fugir dos efeitos da estabilidade provisória prevista em lei.

Ainda segundo Montes (2005), ciente das condições de trabalho existentes no país, existe a legislação brasileira de segurança e higiene do trabalho, que tem seu início no Decreto-lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Em dezembro de 1977, a Lei n.º 6.514 aprovou a Portaria n.º 3.214, que especifica normas sobre a segurança e medicina do trabalho. Entre elas, a NR7, item 7.5, refere que “todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros e pessoas treinadas para esse fim”.

Durante a análise dos discursos, constatei que os mecanismos de trauma característicos de pessoas idosas, estão presentes no estudo, originados de pequenas quedas ou quedas da própria altura, sustentados no relato a seguir:

...Eu saí de casa, estavam mexendo na calçada e ela estava solta, quando eu pisei virou o chinelo e eu caí, e foi tão forte que eu não consegui levantar... (E 5 - 75 anos)

Segundo o relato, E5 referia dor e limitação funcional após a queda, sinais característicos de fratura de colo do fêmur por trauma de baixa energia.

Embora as fraturas do colo femoral por traumas de baixa energia não se acompanham de outras lesões traumáticas, segundo Macedo (2005), os pacientes idosos devem merecer atenção para possíveis complicações clínicas a que estão expostos ao serem submetidos à cirurgia, como foi o caso de E5.

Frente a esses relatos, retomo aqui um pouco da minha prática profissional, demonstrando que, ao prestarmos cuidados de emergência ao paciente idoso, devemos estar atentos aos cuidados iniciais que constituem: oferecer-lhe conforto, privacidade, apoio psicológico, informá-lo de maneira mais clara possível e viabilizar

tratamento cirúrgico, cuidados esses tomados, para redução dos problemas relacionados à prolongada permanência no leito.

Na descrição da cena do acidente, pude observar o aparecimento de diversos mecanismos de trauma, dentre os quais destaco: o acidente automobilístico, o atropelamento, o acidente de trabalho e a queda do mesmo nível que correspondem respectivamente, segundo Borges et al. (2005), mais de 90 mil mortes anuais, que deixam mais de 200 mil vítimas por ano com seqüelas e consomem mais anos de vida útil que as doenças cardiovasculares.

Verifiquei que as vítimas, ao descreverem o acidente, relatam aspectos técnicos da cinemática do trauma e sinais físicos que possibilitam avaliar as lesões e os traumatismos causados no corpo ferido e por outro lado, ao justificarem os acidentes colocam questões referentes à legislação vigente, demonstrando a instabilidade proporcionada pelo fato.

4.2.2 A Solidariedade e Proteção

Contemplando a representação da trajetória do atendimento pré-hospitalar, percebi ao reconstruir a cena do mesmo, que os sujeitos sentem-se cuidados e protegidos por meio da solidariedade, proteção e amparo, oportunizados pelas pessoas que auxiliaram no socorro e solicitam ajuda especializada; os depoimentos registrados a seguir sustentaram as representações aludidas:

...e daí várias pessoas em volta preocupadas com meu estado e tudo... E o pessoal falando que o Siate não ia demorar, para eu manter a calma... (E2 - 33 anos).

...aí logo depois várias pessoas no local estavam preocupadas e chamaram o Siate. (E3 - 32 anos)

Ao configurar a representação de solidariedade e proteção a vítima, destaco que esta foi retomada pela necessidade do sujeito em ser participativo, em ajudar e proteger no momento da situação de risco de vida mediada pelo acidente, esta atitude, pode ser verificada em Boff (2004, p.35), quando se refere ao ser humano que este “é um ser de participação, um ator social, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais justas, livres e fraternas”, portanto, um ser solidário, com sentimentos e afetos que determinam construções e que adquirem dimensões sociais e históricas.

É notável a capacidade humana de compartilhar as experiências, de estabelecer estratégias e práticas para um agir solidário, ou seja, deparei-me com questões essenciais determinadas pelo “ser cuidado pelo outro”, essencialmente, frente a situações de emergência. Assim durante a análise dos relatos constatei que durante a construção das relações, foram demonstradas, tanto as trocas fraternas, como a visão preventiva estabelecida pela solicitação de socorro pré-hospitalar especializado; as falas a seguir concretizam a representação citada:

...eu lembro de várias pessoas no local e que estavam preocupadas, pediam para eu manter a calma e que já tinham chamado o Siate. (E6 -28 anos)

Entretanto, percebi em alguns relatos que o agir solidário não contemplou a questão preventiva para a vítima; as falas abaixo relatam a situação referida:

...Após o acidente, alguém parou com seu carro, e colocando todos, eu e mais as crianças dentro do seu carro, nos levou até o Pronto Socorro... Graças a Deus. (E1 - 45 anos)

...daí um conhecido buscou uma cadeira de rodas e me trouxe até a minha casa, e eu não conseguia me mexer, aí chamaram o Siate, e o Siate me levou para o Pronto Socorro. (E5 - 75 anos)

Esses relatos demonstraram que a angústia de uma pessoa diante de um acidentado, em algumas vezes, acarreta um impulso natural de fazer algo para minimizar o sofrimento da vítima. Entretanto, essa pessoa ao ser envolvida por seu impulso, e, sobretudo, não considerar técnicas essenciais de socorro para o atendimento da vítima, poderá contribuir para a gravidade de seqüelas, mas possibilita conforto e segurança.

A atitude das pessoas que assistiram o acidente configurou-se como um cuidado, pois este é para Boff (2004, p.33) “cuidar é mais que um ato; é uma atitude; abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Ou seja, o cuidado, segundo Boff (2004), surge quando passo a dedicar-me ao outro, assim como me disponho a compartilhar seus sofrimentos, seus sucessos, enfim, cuidado significa solicitude, bom trato, revelar uma atitude de interesse e preocupação.

4.2.3 A Representação do Atendimento do Serviço Pré-Hospitalar

Ao avaliar ainda a representação do acidente, obtive relatos que configuraram o atendimento pré-hospitalar em que se destacam os profissionais dos serviços, principalmente, por prestarem um atendimento tranqüilo, hábil, eficaz e imediato. Ao apresentar recortes das falas dos sujeitos, a seguir apóio a representação narrada:

...Eu lembro que os socorristas foram rápidos eles chegaram no local e fizeram todo o procedimento, e é um pessoal tranqüilo já estão acostumado com a rotina...Há e tinha o pessoal do trânsito no local perguntando do meu nome, se eu queria que avisasse alguém. (E2 - 33 anos)

...quando o Siate veio quem estava mais machucado era eu e o meu amigo, eu a princípio não queria ir mas por causa do galo o pessoal do Siate disse que não podia me deixar no lugar, porque se eu fico ali e acontece alguma coisa é responsabilidade deles que atenderam a ocorrência, daí eu fui. (E3 - 32 anos)

Segundo essas narrativas, observo que a prática do profissional de saúde no atendimento pré-hospitalar contemplou a adoção de técnicas de atendimento para o suporte de vida à vítima de trauma, em que se estabeleceu uma avaliação rápida e sistemática com imediata intervenção de medidas terapêuticas. É válido lembrar que o atendimento pré-hospitalar é um tipo de assistência caracterizado por ser realizado fora do ambiente tradicional da atenção à saúde, em que os profissionais se deslocam para o local em que o paciente necessita de atendimento num breve período de tempo. Segundo Dalcin e Cavazzola (2005, p.22), “normalmente, decorre um intervalo de tempo entre o evento traumático e o atendimento hospitalar, período em que a vítima pode deteriorar suas condições fisiológicas, o que poderia influenciar no resultado final para o atendimento especializado”.

O atendimento pré-hospitalar, para Dalcin e Cavazzola (2005, p.22), “tem como fundamento proporcionar a detecção rápida de situações de risco à vida, intervir precocemente, e encaminhar ao serviço de saúde com resolução adequada, ações essas que podem diminuir, significativamente, as seqüelas e mortes resultantes dos agravos, e conseqüentemente, o aumento da sobrevivência das vítimas”.

Dois questões se destacaram nesta representação: a agilidade própria do atendimento e a responsabilidade pelo outro; nos dois casos a representação pode estar ancorada no imaginário popular do “salvador” do “responsável pela vida”.

Percebi que o papel que os profissionais do atendimento pré-hospitalar adotaram está associado ao compromisso que assumem quando socorrem as vítimas acidentadas, em que se apresentam fragilizadas, e que, por meio de um gesto

solidário sentem-se amparadas e protegidas, têm sua saúde restabelecida ou apresentam uma nova chance de sobrevivência.

Segundo Caponi (2000, p.9), “o compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações. Pode resultar da solidariedade genuína, do respeito mútuo, do reconhecimento de que algo semelhante pode nos acontecer”.

Assim na relação vítima/socorristas, existe uma troca de ajuda ao indivíduo que passa por uma situação de *stress*, que implica uma forma de cumplicidade, de gratidão, de solidariedade.

A solidariedade, segundo Dall'Agnol (1994, p.32-33), “envolve também um convívio prazeroso, implica sintonizar-se pela efetividade e trocas, no espaço e no tempo que se cria no trabalho, respeitando diferenças e emoções”.

4.3 REPRESENTAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Na trajetória do atendimento da vítima de trauma a entrada no hospital com todos os equipamentos utilizados para a proteção das estruturas vitais acarretam no acidentado uma série de sensações representadas aqui pela categoria da **Representação do atendimento hospitalar**, que reproduziu cinco outras subcategorias de representação: **a das conseqüências imediatas do acidente, a do atendimento hospitalar na sala de emergência, a do ambiente hospitalar, a do sentimento de abandono e a da volta ao lar.**

4.3.1 As Conseqüências Imediatas do Acidente

Ao reconstruir a representação do atendimento hospitalar, notei que, quando solicitados a falarem da ocasião em si, primeiramente, lembraram através dos seus relatos ações que configuraram a preocupação e responsabilidade pelas demais

vítimas e pela família, em que os recortes registrados a seguir sustentaram a figura do ser responsável:

Foi uma loucura, todas as crianças choravam aos gritos e sangue...achei que o sangue no rosto de meu filho menor fosse dele, mas era meu, pois eu tinha um corte no supercílio, porém não sentia dor. (E1- 45 anos)

Durante o recorte das falas percebi que as conseqüências imediatas referem-se à preocupação com o outro, não somente o que está presente na cena, mas os que estão a distância e que sofreram o impacto da notícia, aparece a figura do “ser responsável”, tanto dos familiares e amigos presentes no acidente, como os distantes daquele momento.

...quando ocorreu o acidente, minha esposa estava grávida de oito meses, então eu estava bem preocupado com a forma que iriam informar ela... estava também preocupado com minha mãe, porque é uma pessoa de idade sem contar que é mãe, é a primeira pessoa que vem na cabeça..., você espera que seja a última pessoa a saber que você está num Pronto Socorro... (E2 - 33 anos)

Outro aspecto importante a destacar é que o imaginário da necessidade de ser encaminhado ao Pronto Socorro, acarreta uma possibilidade de gravidade maior do que a que o sujeito está exposto, impedindo ou fazendo-o refletir sobre a forma de notificar os entes queridos, visto que o Pronto Socorro é um local para atender pessoas que estão com risco de vida, consideram que é isto que normalmente a sociedade pensa de um Pronto Socorro.

...pelo simples fato de você passar a informação para a família, eu fui para um pronto socorro, a idéia é a pior possível, ah! Já está na beira da morte, então eu estava preocupado que as pessoas que passei informação do endereço e telefone avisassem a minha irmã, inclusive falei avise a minha irmã porque é a pessoa que tem condição no momento de passar para a família a condição que eu estava naquele momento. (E2 - 33 anos)

Frente a esses relatos, concordo com Corrêa et al. (2005, p.727), que, ao referir-se da vítima de trauma em um serviço de emergência, ratifica que a presença do acidente “caracteriza-se por interromper seu processo evolutivo repentinamente, deparando-se com o risco real de seqüelas ou de morte. Esta situação inesperada produz uma série de alterações psíquicas no paciente e na família, que até certo ponto podem ser consideradas imprevisíveis”.

Também verifiquei que os sujeitos ao configuram as conseqüências imediatas do acidente emerge a preocupação com as outras vítimas envolvidas no acidente, bem como com o impacto da notícia do acidente para a família, ou seja, configura-se o sentido de responsabilidade pelo outro.

Assim ao analisar essas questões, resgato Boff (2004), quando se refere que a atitude de cuidado pode gerar preocupação e sentido de responsabilidade, no qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude.

Ou seja, o cuidado para Boff (2004 p.92),

sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém, nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada. Se assim não fora, não se sentiria envolvido com ela e mostraria negligência e incúria por sua vida e destino; no limite, revelaria indiferença que é a morte do amor e do cuidado.

4.3.2 O Atendimento Hospitalar na Sala de Emergência

Analisando a questão “como foi para você ter sido atendido em uma sala de emergência de um Pronto Socorro”, reconheci nas falas que as representações comunicam e expressam o conhecimento particular da vítima de trauma durante o atendimento hospitalar, composto por figuras e expressões em relação ao

ambiente desconhecido e pela perda da referência do espaço, que caracteriza a sala de emergência.

Segundo Corrêa et al. (2005, p.727),

diferentemente do atendimento hospitalar convencional, o atendimento de emergência é comumente realizado em áreas abertas, boxes de primeiro atendimento, ou mesmo em corredores, assim o barulho, a falta de privacidade ou falta de tempo contribuem para a pouca interação equipe-paciente;

O recorte a seguir descreve a representação referida:

...Sentia presença de pessoas mas não sabia se eram atendentes de emergência ou eram vítimas que estavam junto comigo, só ouvia vozes. (E7-25 anos)

...Eu sabia que estava no hospital mas não sabia com quem eu estava conversando. (E10 - 35 anos)

Além do ambiente barulhento e a pouca privacidade, ainda contemplei durante os relatos que o atendimento de emergência leva os pacientes a encontrarem-se restritos ao leito ou limitados pela situação que os trouxe para o hospital, tornando-os até certo ponto indefesos; os trechos a seguir sustentaram a configuração:

...A posição que eu fiquei numa maca, com colar no pescoço, eu tinha mais noção do teto, porque pediram para eu não levantar a cabeça, era uma posição não muito confortável, não tinha noção do ambiente, escutava mais vozes, e sentia presença de pessoas mais não sabia quem eram. (E9 - 27 anos)

...eu sabia que estava no hospital, mas só me situei.. Ah! estou nesse Pronto Socorro, depois que eu saí daquela posição... deitado numa maca, com colar...só via o teto. (E2 -33 anos)

Esta posição, de ficar deitado olhando para o teto, dificulta a comunicação, visto que ele não se encontra no mesmo plano que seus interlocutores. Para Stefanelli

et al. (2005), a comunicação entre profissional e cliente é facilitada quando há um contato visual e posicionamento com proximidade suficiente para que a comunicação seja efetiva.

A autora citada refere que quando “o ambiente é familiar, o processo de comunicação é facilitado, pois afasta o medo de situações desconhecidas e facilita o surgimento do sentimento de segurança e confiança na relação profissional” (STEFANELLI et al., 2005, p.38). A situação exposta pelos sujeitos contraria o que é preconizado para comunicação entre profissional e paciente; para proteger e tratar o sujeito tiramos a possibilidade de ele se relacionar com o ambiente.

Ao analisar os recortes acima percebi que as medidas estabelecidas para proteger as vítimas de possíveis seqüelas pós episódio traumático cria uma barreira entre o sujeito e a equipe, em que principalmente esses se sentem submissos especialmente pela falta de informações sobre os procedimentos realizados.

A informação para Soares e Lunardi (2002) é como elemento essencial no processo de autonomia do paciente, em que a comunicação se dá mediante um intercâmbio de informações, uma interação, compartilhando seus anseios e dúvidas, porém percebe-se que em especial nas unidades de emergência os profissionais tornam-se envolvidos por inúmeros afazeres, por diversos atendimentos simultaneamente, que muitas vezes dificultam a interação, a troca de experiências e de informações.

Para Gauderer (1995), a informação é um direito inalienável do cidadão, ou seja requer o direito total e ilimitado de saber tudo o que diz respeito a si, sobre seu corpo, sua saúde, sua doença.

4.3.3 O Ambiente Hospitalar

Contemplando a voz em questão: “Como foi para você ter sido atendido em uma sala de emergência de um Pronto Socorro”, percebi que quando solicitados a falar do atendimento de socorro no ambiente hospitalar, foram representadas as vivências mais marcantes relacionadas aos episódios correlatos ao atendimento prestado pela equipe de saúde na sala de emergência. Vários sujeitos denunciaram em seus discursos a impessoalidade transmitida pelas equipes, principalmente, pelo desenvolver de seu trabalho sem parar para ouvir ou esclarecer as dúvidas, e até mesmo sem informar sobre os procedimentos durante sua execução.

Reconstituindo as representações da experiência em foco, cabe transcrever os relatos significativos referidos:

...A abordagem de dentro do hospital e a do Siate foi diferente, até o momento da ambulância do Siate eu estava até com uma certa tranquilidade, quando eu entrei na sala de emergência fiquei até meio preocupado... o pessoal do Siate me deixou em uma sala... eu fiquei um tempo ali, e ouvia o pessoal comentando que eu tinha que fazer exames e RX) [...] eu ouvia várias pessoas questionando sobre meu estado de saúde [...] comentava com as pessoas que tinha muita dor, e as pessoas pediam para ter calma que eu precisava fazer exames e que iam passar uma medicação para a dor. (E2 - 33 anos)

...Chegando no Pronto Socorro puseram a gente numa maca e levaram a gente para uma sala e mandaram aguardar para tirar as chapas [...] fizeram a nossa ficha e perguntaram um monte de coisas [...] eu ouvia as pessoas comentarem sobre o meu estado [...] mas não sabia o que iam fazer. (E8 - 37 anos)

Observei que a intensidade desses depoimentos oportunizou a compreensão da realidade interpretada pelas relações sujeito e equipe, que enunciaram a experiência representada pela impessoalidade presente durante o atendimento de emergência, que muitas vezes são decorrentes da rigidez no atendimento técnico pelo profissional

que está norteando seu atender num saber biomédico, possibilitado pelo treinamento que as equipes recebem.

Segundo Waldow (2004), o cuidado por muito tempo era conhecido por desenvolver atividades técnicas e procedimentos em que se descreviam e se realizavam em função da terapêutica médica.

Essas ações segundo Waldow (2004, p.33) eram desempenhadas,

privilegiando objetos, no caso, instrumentos e materiais a serem usados em algum ponto ou área de um corpo qualquer. Não havia, com raras exceções, um reconhecimento do ser humano, menos ainda, envolvimento. Havia sim, uma preocupação com o desempenho das ações e não com o ser humano.

Ao contemplar as falas, também percebi que a sistematização estabelecida nos protocolos de execução dos procedimentos, em que direciona o agir com precisão e segurança, de um lado facilita o atendimento; porém do outro, essa tecnicidade ocasiona relacionamentos cada vez mais distantes que pode ser representado pelos recortes a seguir:

...no hospital eles viram só a parte grave, só a parte da cabeça, que estava aberta, cortada... dali a pouco vem uma pessoa e começa a costurar a sua cabeça... e você não sabe nada... ninguém te fala nada... (E4 - 40 anos).

Em momentos de análise frente aos recortes, retomo minha caminhada profissional nos serviços de emergência, sendo que considero oportuno um momento de reflexão, pois sinto que esses ambientes passam por uma verdadeira crise de humanismo, apresentam estruturas físicas tecnicamente impecáveis, mas “sem alma humana”, sem um olhar para a dimensão do ser que está sendo ali atendido.

Essa concepção levou-me a compreender que alguns componentes da equipe de saúde durante o atendimento de emergência centram seu fazer mais nos aspectos instrumentais, reconhecidos pela ciência, que prioriza a cura do órgão

comprometido, e desconhece o sujeito como o centro de cuidado, impondo-lhe obediência. Ou seja, percebi que, à medida que a mecanização profissional se desenvolve aceleradamente, a relação humana fica abalada, sendo que a pessoa humana deixa de ser o centro do cuidado/atender e passa a ser coisificada.

Porém para Waldow (2004) não se pode generalizar esse fazer, pois muitas ações de enfermagem incluem o significativo cuidado, como, por exemplo, conforto e higiene, além do apoio emocional e espiritual e a proteção, em que a inclusão do ser humano, ao invés de uma patologia, é acrescentada à enfermagem que constitui uma das primeiras disciplinas, que procura incluí-lo em suas ações como objeto e finalidade de seu existir.

Fazendo uma retrospectiva sobre o que tem ocorrido no cenário da enfermagem, constatamos que estamos na era da humanização da assistência, em que o cuidado é figurado sob uma nova perspectiva, no qual o ser humano é valorizado em sua totalidade.

O cuidado, segundo Waldow (2004 p.38),

além de receber as atenções de nível terapêutico, recebe um cuidado além de técnicas e procedimentos. É um cuidado feito com compaixão, com interesse e com carinho. O ser humano, ou seja, o ser cuidado, é olhado, ouvido, sentido.

Sob esta ótica, cumpre ressaltar que o cuidado transforma ambientes, harmoniza relações e energiza nosso potencial para ajudar os outros a encontrarem seus potenciais para lidar com as diversidades (WALDOW, 2004).

Na ótica analítica das representações enunciadas, constatei que se torna impossível não reconhecer a caracterização dessa experiência limite e a partir do princípio de que cuidar do corpo humano exige um olhar para a dimensão total do ser, ou seja, daqueles que precisam de cuidados de enfermagem para se

sentirem seguros e amparados, torna-se imprescindível, para nós enfermeiros, maior conscientização acerca do importante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes de nossas intervenções.

4.3.4 O Sentimento de Abandono

O distanciamento, a impessoalidade e dependência configuraram a representação de submissão à equipe, principalmente, pela ausência do diálogo, durante o atendimento de emergência que foi relatado em todas as entrevistas. Embora a experiência em questão venha constituída de múltiplos conceitos como: o distanciamento, a impessoalidade e dependência, percebi que esse fenômeno transcende os enunciados, ao constituir-se na maneira singular como cada uma dessas pessoas foi lidando consigo mesma, tocadas pelo tratamento de emergência.

Recompondo, as representações dessa experiência, cabe referir os intervalos significativos a seguir:

...Quando você está dentro de uma máquina que você nunca viu, dali a pouco vem outra costurar a sua cabeça,, e você não sabe nada, aí você sozinho começa a ver se está tudo bem com você, e você não sabe como você está, ninguém te fala nada, você fica totalmente submisso à vontade deles... você não pode fazer nada e não tem ninguém pra dizer alguma coisa. (E4 - 40 anos)

...me deixaram ali em observação, e você não sabe nada, aí comecei a ver se estava tudo bem comigo...dali a pouco vem uma pessoa e começa a costurar a sua mão, e não te fala nada, depois vem outras pessoas e te levam para outro local, quando você vê está dentro de uma máquina que você nunca viu, ninguém te fala nada, você fica totalmente submisso a vontade deles... (E7-38 anos)

Nos depoimentos de E7 38 anos e E4 40 anos, percebi que, ao configurar a representação de seu atendimento no pronto socorro, eles expressam e explicam

a realidade desse ambiente, no qual pude constatar que este vem passando por uma verdadeira crise de humanismo.

Apreendi ainda no depoimento apresentado que o espaço social dos serviços de emergência em muitas situações ainda é regulado pelo modelo biomédico, no qual o sujeito é controlado, é investigado pelo olhar clínico.

Essa experiência é compreensível, segundo Mantovani (2001, p.84), que ressalta que “muitas vezes por razões científicas, utilizam-se procedimentos técnicos, e reduzimos nossa intervenção ao controle de manifestações físicas, manipulando continuamente pessoas, que em seu universo de significados tentam acessar cenas incompreensíveis e suportar tensões externas”.

Ainda ao textualizar os relatos, percebi que frente à situação de emergência todas as ações tornam-se pertinentes, e assim, emerge a representação do corpo objeto, corpo máquina, manipulável a partir de razões científicas, o recorte a seguir reafirma a representação:

...daí quando eu fui para operar estava quase entrando na sala de operação, daí eles viram que estava faltando alguma coisa, “os pinos”, e daí eles me deixaram lá fora de novo para preparar “esses pinos”. (E5 - 75 anos)

A persistência desse estilo de profissional é configurado, segundo Mantovani (2001, p.86), como um modelo de intervenção frágil, pois a permanência e insistência nessa *performance* evidencia ainda um sentido de onipotência profissional que recusa a condição do outro, impondo-lhe silêncio e obediência, para explicar o êxito terapêutico a qualquer custo, comprazendo-se em resultados muitas vezes frágeis e parciais.

Ainda ao contemplar o ingressar nos serviços de emergência, observei que há momentos em que o sujeito sente-se inseguro, principalmente, pela situação inesperada de emergência, que assusta e causa certo receio, abalando sua estrutura

emocional, assim o ambiente de emergência torna-se hostil, e a insegurança, angústia, insônia e outros fatores tornam-se companheiros do paciente; ao refazer as representações dessa experiência transcrevem-se os trechos significativos a seguir:

Você cai num pronto socorro, você já tem um monte de problema, dali a pouco tem um gritando de um lado, outro, do outro lado, isso é horrível, porque se você precisar descansar você não descansa, você fica num estado pior que você chegou. Me deixaram em observação, junto com um monte de gente, você com dor, e um monte de gente gritando isso é terrível... eu estava orando para Deus direto, porque eu não queria ficar naquele lugar. (E4 - 40 anos)

Ao constatar a insegurança do sujeito caracterizada pelo interromper de seu cotidiano repentinamente, considero importante citar Polak (1997, p.73), que ratifica o “corpo adulto adoecido” sente-se ameaçado, em virtude do sofrimento que o invade, que o torna outro, que o imobiliza e o impede de reorganizar-se enquanto pessoa”.

Em outro momento constatei nos depoimentos que os sujeitos, ao serem atendidos num pronto socorro, vivenciam uma verticalização, essencialmente, quando a equipe de saúde, incluindo o enfermeiro, assumem as decisões, essa postura apresentou-se como desconfortável, pois todos se sentem pouco à vontade e reclamam do modo como são cuidados.

...você fica ali alienado de tudo você não sabe o que vai ser de você, eles vão fazendo as coisas e você nem sabe o que está acontecendo... quando eu fui fazer o RX eu lembro que eu não conseguia sair da maca... disse que estava com muita dor... ela me disse faça um esforço, aí eu lembro que ela me puxou pelo calção. (E2 -33 anos)

Durante os recortes percebi ainda que, apesar dos avanços na área do diagnóstico e tratamento, relações simétricas entre pacientes e equipe de saúde, parecem não ter avançado suficientemente; a ênfase nas relações verticalizadas entre esses durante o atendimento de emergência é configurada a seguir:

...eu achei que faltou uma explicação correta, [...] eu estava conversando com as pessoas, e eles estavam me tratando como se eu tivesse morrendo... e não explicavam o que estava acontecendo... (E3 - 32 anos).

Ao analisar o depoimento a seguir, percebi a inquietação do sujeito frente aos procedimentos e às frases prontas repetidas pela equipe, segundo Stefanelli (2005, p.108), “ao usar frases feitas o profissional da saúde estará oferecendo uma falsa tranquilização, que traduz falta de sensibilidade pelos sentimentos e não respeita o cliente em sua singularidade”, ainda pude observar que ao desrespeitá-lo como pessoa, o profissional inibe a expressão que o sujeito está expondo, e que a meu olhar foi apresentado como uma forma de passividade ao relatar:

...tinha que esperar o médico chefe e eu aceitei, porque dentro de um hospital eu não posso discutir. (E3 - 32 anos)

Ao textualizar as falas referente as relações assimétricas, descreverei a seguir recortes que reconstroem esta representação:

Eu estava deitado na maca esperando alguém me liberar..veio uma pessoa que eu acho que era médico, viu a chapa disse você, não tem nada... mais O Vagner do Clube..., bateu a cabeça disseram que não tinha nada, e três dias depois quando voltou para o hospital já não tinha mais o que fazer. (E6 - 28 anos)

Ao refletir sobre este agir, cito Mantovani (2001, p.85), ao enfatizar que, em nome da vida, estaríamos desvitalizando pessoas no momento de maior fragilidade; assim, apesar dos sentimentos, da dependência, essas pessoas devem aceitar “os cuidados”, o tratamento, ser colaborativo, reclamar pouco, enfim ser pacientes, embora façam analogias de sua situação com a de outros sem ter o conhecer científico para tal.

Durante o configurar das representações, constatei que a verticalidade sufoca, intimida, impede o diálogo e a aproximação, assim me reencontro com Polak

(1997, p.74), ao expressar que o sujeito quer ser visto no mesmo plano, deseja que o corpo cuidador seja presença, que o perceba em sua singularidade, numa relação de sujeitos, de iguais, centrada no respeito e no agir.

Analisando os recortes da questão: como foi para você ter sido atendido num pronto socorro, também constatei que as representações acerca da dependência dos resultados, novamente configura-se pela não comunicação mediada pelo distanciamento, e que podem ser apreendidos nos relatos a seguir:

Eu não sabia qual pronto socorro que eu estava...ninguém chegou e disse para mim você está no Pronto Socorro tal, você está falando com o médico fulano de tal, responsável pela tua situação no momento, não teve nenhuma abordagem dessa. (E2 - 33 anos)

O depoimento acima apresenta algumas formas de como o distanciamento dos profissionais causa transtornos/dificuldades aos sujeitos, as vítimas de um trauma, nas quais compõem figuras socializadas, diante o processo de não comunicação, entre a equipe de saúde e paciente, que permitiu as trocas sociais e a transmissão deste saber, em que prepondera o desinteresse em orientar os sujeitos sobre suas condições, e de compartilhar com ele o seu tratamento.

Nos depoimentos a seguir, percebi que a vítima, ao narrar o atendimento no pronto socorro, descreve uma impessoalidade transparente, e deixa claro que na realidade, a representação do “corpo objeto” emerge perante a tecnicidade presente nos serviços de emergência, contribuindo para manter uma relação de submissão e dependência do cliente sobre seu próprio processo saúde-doença, resultando num distanciamento da equipe-paciente, ou da falta de informação que cerca os procedimentos e que impede o seu entendimento; para exemplificar a representação, descrevo trechos significativos:

A parte de atendimento na cabeça foi cem por cento, o resto foi o mais negativo possível, porque tirando a assistente social que foi lá conversar comigo, não teve mais nenhum contato e informação. Não teve contato nem do médico, nem para dar alta. (E4 - 40 anos)

Disseram que eu iria repetir a chapa para tirar uma dúvida, sem esclarecer o que era essa dúvida. (E1- 45 anos)

No trecho do discurso de E4 - 40, identifico que o ser humano muitas vezes enfrenta sentir-se isolado, quer pelo ambiente, quer por situações inteiramente novas, imagine então a vítima de trauma em atendimento num pronto socorro, enfrentando o desconhecido, linguagem científica, enfermeiros e demais profissionais referindo-se a sua pessoa, e em outro momento, encontra-se sozinha; ao transcrever alguns recortes, encontrei nesses a configuração deste contexto:

...quando eu acordei estava no hospital, daí eu pensei nossa o que aconteceu comigo... eu lembro que eu estava deitado numa maca fria e gelada, estava com frio e estava apenas com um lençol bem fino em cima... ouvia pessoas comentando do meu estado... mas não sabia o que estava acontecendo...eu comecei a testar para ver se eu tinha perna, braço, comecei a sentir o meu corpo, eu estava sozinho [...] não tinha ninguém para me dar alguma informação. (E8 - 37 anos)

Ainda na voz de E 8, 37 anos, também constatei que as vítimas frente a essas situações sentem-se ansiosas porque nem sequer podem comunicar suas inseguranças, somando-se a esta questão o sentimento de isolamento a que as vítimas são submetidas e que buscam em seu imaginário maneiras de encontrar um profissional presente. A fala a seguir sustentou essa configuração:

...se tivesse alguém quando você precisasse para você conversar, porque você está lá num estado crítico, não tem ninguém para você falar... não tem ninguém da equipe nem da família... se tivesse pelo menos uma campainha que você pudesse chamar alguém. (E8 - 37 anos)

Durante os depoimentos, observei a carência do diálogo entre o sujeito e o profissional, em que as falas traduzem um alerta para a necessidade do intercâmbio de informações, uma interação, em que o cliente e o profissional possam compartilhar suas vivências, anseios e dúvidas frente a essa situação.

No transcorrer das entrevistas, percebi que os sujeitos denunciam a necessidade de um profissional responsável pelo atendimento, como é referido no relato a seguir:

...Ah! O que eu sinto é a falta de uma pessoa responsável...porque um acidente não tem como você mediar a gravidade... porque você não sabe o que está acontecendo dentro da pessoa... naquele momento não tinha a liderança para manter a tranquilidade da pessoa. (E7- 25 anos)

Diante dessas falas, acredito que realmente está confirmada a importância do enfermeiro em esforçar-se para adquirir a competência em comunicação com aquele sujeito que se encontra numa situação de dependência, bem como adotar estilos de liderança participativa, compartilhar ou delegar funções, tomar decisões e ter competência técnica sendo essas as principais habilidades para o gerenciamento da assistência, pois deixa claro que estas permeiam todas as ações deste no desempenho do seu papel (TACSI e VENDRUSCOLO, 2004).

4.3.5 Reencontro com a Família

Ao apreciar a voz em questão: "Como foi para você o retorno ao lar, após a alta hospitalar?", obtive relatos a seguir em que sustentam as representações do reencontro com a família foram reproduzidas pela vítima de trauma através da percepção retida na lembrança, "definidas segundo Minayo (2004, p.158), "como

categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”.

Os depoimentos a seguir sustentam essa argumentação:

...Quando eu cheguei em casa minha mãe me abraçou, minha avó me abraçou, todo mundo chorou, pois já tinham aquele sentimento que talvez tivesse uma perda... minha mãe me abraçou muito, chorou muito, parecia que tinha dado a luz novamente ao seu filho. (E2 - 33 anos)

Quando souberam do acidente minha família ficou muito preocupada, e quando eu cheguei em casa foi aquele transtorno porque achavam que eu tinha morrido. (E3 - 32 anos)

Compreendi nos relatos que, ao saber, que um familiar passa pelo atendimento num pronto socorro, as pessoas desencadeiam uma série de emoções que, transitoriamente, poderão ter interferência em seu comportamento e, na tentativa de encontrar respostas, elaboram uma associação de fatos.

Segundo Waldow (2004, p.173-174), em uma situação de *stress* a família,

desencadeia sentimentos bem controversos e não é raro o pânico; a família se encontra fragilizada, abatida emocionalmente e muitos sentimentos afloram como a ansiedade e a dor. Outros sentimentos que podem aflorar são a culpa, frente à possibilidade da perda, por não ter realizado ou expressado coisas e/ou sentimentos, ou, ainda, por antigas mágoas. Por outro lado, a família desenvolve sentimentos de fé e esperança e, por vezes, a crise vivenciada pela situação de *stress* aproxima, unindo mais seus integrantes.

A situação de emergência traumática configura transtornos, mobilizados, especialmente pelo medo da morte da pessoa “significante”, constituindo-se num momento delicado tanto para o paciente, quanto para o familiar. Assim acredito que, quando são oferecidos às famílias, cuidados de enfermagem com melhores

informações a respeito do que ocorre, mais atenção ao lado humano, com respeito, suas dúvidas, suas ansiedades e tensões poderão ser reduzidas.

O cuidado humano que o profissional presta ao paciente resulta em conforto e bem-estar, em sensação de segurança, de apoio, de enfrentamento; é um cuidado antecipatório que capacita o paciente e seus familiares a se adequarem à situação vivida e a construírem possibilidades de pensar ações e sentimentos que os ajudarão a vivenciar a situação presente e futura.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caminhar deste estudo, procurei apresentar de forma particular meu desafio de compreender as reações da vítima frente à situação de emergência traumática, representada pelo atendimento pré-hospitalar e hospitalar, que exigiram um movimento de interpretação sobre essas experiências. Era imperativo compreender como os sujeitos representam a trajetória da situação de emergência traumática; foi um processo que demandou esforço na interpretação e configuração dessas representações.

Nessa busca, constatei que existem poucos trabalhos que direcionam a visão da vítima de trauma, ou seja, que identifiquem suas inquietações, preocupações e inseguranças.

A literatura consultada na área de emergência enfoca freqüentemente os aspectos epidemiológicos, os mecanismos de injúria e o tratamento dos mesmos, abordando as alterações e perdas funcionais e fisiológicas da vítima do episódio traumático. Em razão disto, procurei interagir com as vítimas que passaram pelo atendimento pré-hospitalar e hospitalar com o propósito de apreender as configurações da trajetória do episódio traumático.

Os conceitos advindos da Teoria das RS alicerçaram este estudo, possibilitando a compreensão das representações das vítimas de trauma, é importante ressaltar que, para a teoria das RS, não existe separação entre os universos externo e interno, uma vez que sujeito e objeto não são distintos, porquanto a estrutura de uma representação tem duas faces: a figurativa e a simbólica, também sendo oriundas do processo das interações sociais, segundo Guareschi et al. (1997), e que neste contexto são as vítimas de trauma.

Ao descrever a representação da cena do acidente, percebi que apesar da sociedade ter conhecimento e informação pela mídia, que o trauma constitui um

sério e grave problema de saúde pública, com grande impacto social resultando no aumento da morbimortalidade e incapacidades temporárias ou permanentes, os sujeitos deste estudo estão expostos a riscos crescentes, na medida em que continuam adotando hábitos perigosos, pela não incorporação das leis e normas trânsito ora vigentes. Nesse sentido, para que se possa reduzir o número e a gravidade das lesões, é imprescindível que se adotem e se apliquem estratégias cada vez mais criativas na prevenção do trauma.

As representações do acidente trouxeram-me à reflexão da tarefa de nós enfermeiros percebermos a mensagem que o cliente nos emite durante a intervenção, pois acredito que é no desempenho técnico que a comunicação e a percepção podem ser associadas, privilegiando a visibilidade do profissional no momento do atendimento da emergência traumática, proporcionando-lhe um cuidado de qualidade científica e humanitária, em que oportuniza o direito de a vítima saber o que lhe está sendo feito, o porquê e para quê.

A descrição do episódio traumático configurado pelas representações dos sujeitos confirmou meu pressuposto que a vítima possui a representação de todas as ações do atendimento desde o atendimento pré-hospitalar até sua entrada e saída do ambiente hospitalar. E também me permitiu apreender nos recortes das vítimas de trauma as representações: do acidente configurado pela solidariedade e responsabilidade e, paradoxalmente, a do ambiente hospitalar representado pela distância, impessoalidade, indiferença e solidão.

Sinto que o presente estudo demonstrou uma face do atendimento de emergência desconhecida dos profissionais, mas que há muito está no imaginário popular “ser atendido num pronto socorro é como se estivéssemos morrendo ou com um grave problema”.

Para nós, profissionais dos serviços de emergência, envolvidos com a gravidade das vítimas, com a alta tecnologia e protocolos sistematizados, para enxergarmos o outro em sua singularidade, necessitamos de mudanças na prática do cuidado, no serviço e no ensino, o que exigirá novas metodologias e a formação de cada segmento profissional que enfatize uma relação mais humana no processo de cuidar.

Neste contexto, considero que enfermagem deve caminhar para que possa proporcionar um cuidado à vítima de trauma que possibilite garantir o bem-estar, ou seja, o profissional Enfermeiro precisa ter competência técnica para a implementação da sistematização da assistência na emergência, como para analisar as mudanças de atitudes necessárias para uma prática de cuidado humanizado, considerando o sujeito em sua multidimensionalidade, com sua história pessoal, vivências, relações sociais, ansiedades, valores ou crenças, enfim com o que o torna um ator social.

Para tanto, na assistência devemos procurar interagir com os diversos profissionais que compõem a equipe de emergência, empreendendo um trabalho conjunto no atendimento às vítimas de trauma, garantindo condições necessárias para que possam sentir-se confortados, apoiados e informados durante o atendimento. É imprescindível que o enfermeiro repense atitudes que reforçam o atendimento fragmentado, em que o sujeito deixa de ser um ator social e passa a ser identificado como uma patologia ou por determinado mecanismo de injúria, a fim de evitar que coloque a vítima de trauma em posição negativa, verticalizada, frente à persistência desse estilo de existência profissional, enfatiza Mantovani (2001, p.85) que em: “nome da vida ameaçada, toda intervenção tornam-se pertinentes, toda fragmentação do corpo é aceitável, nessa perspectiva mecanicista emerge a representação do corpo objeto a partir de razões científicas”.

Referente à pesquisa, avisto um campo fértil tanto para os profissionais de enfermagem e demais profissionais da área de saúde, como os docentes e discentes, interessados no desenvolvimento de pesquisas com abordagem qualitativa, na medida em que senti que a prática na assistência de emergência tem carência de referenciais teóricos que guiem suas ações voltadas à percepção do conteúdo do pensamento, ou seja, as representações da trajetória do atendimento de emergência em que traduzam a maneira como a vítima acidentada pensa suas relações com os objetos que o afetam.

No ensino, confio no desafio para a qualificação da força de trabalho de enfermagem para melhor cuidar desses sujeitos sociais (clientela), proporcionando a nossos profissionais durante sua formação conhecimentos que configuram a visão da vítima frente à situação de emergência traumática, para que possam atuar com segurança, eficiência, respeito, alteridade em que aprecie as diferenças e aceite a diversidade dos sujeitos. Assim entendo que seria oportuno uma análise e adaptação de disciplinas do curso de graduação de enfermagem, valorizando aspectos representacionais referente ao atendimento de emergência.

Percebo ainda que seria oportuna uma reflexão que aprecie os principais aspectos que originaram este estudo o profissional e o sujeito, no qual estão vinculados na possibilidade de se aprimorar tanto nas habilidades profissionais apropriando-se à prática da docência, bem como valorizar as vivências, estabelecendo uma troca de experiências com vítima de trauma.

Espero que o presente estudo seja mais uma alternativa que possibilite compreender as práticas de enfermagem que vêm sendo desenvolvidas no contexto de atendimento às vítimas de emergência, e ainda, que o presente favoreça o diálogo, e propicie discussões com aqueles que concordam ou discordam de minhas idéias, para a construção de novos questionamentos, de novos projetos e de novas descobertas.

REFERÊNCIAS

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. S. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência**. SAMU, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/samu>>. Acesso em: 28 dez. 2004.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on trauma. **Advanced Trauma Life Support Program (ATLS)**. Instructors Manual. Chicago, 1999.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte básico de vida para profissionais de saúde**. Disponível em:<<http://www.americanheart.org/>>. Acesso em: 20 jul. 2004.

ANDRADE L. M.; CAETANO, J. F.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Revista RENE**, São Paulo, p.91-7, 2000.

BADEIA, M. **Ética e profissionais de saúde**. São Paulo: Santos, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

BORGES, L. A. A. et al. Atendimento inicial ao politraumatizado. In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.282-283.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes regulamentadoras e normas da pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. **Cadernos Técnicos**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores de mortalidade e fatores de risco de 2002**. Disponível em: <<http://portalweb01.saude.gov.br/saude/visão>>. Acesso em: 20 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 50 de novembro de 2002. Normatiza e estabelece diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Disponível em: <[http://www.corensp.org.br/resoluções/portaria 2048.htm](http://www.corensp.org.br/resoluções/portaria%202048.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 737/GM de 16 de maio de 2001. Normatiza e estabelece diretrizes da Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Disponível em: <[http://www.corensp.org.br/ resoluções/portaria 737](http://www.corensp.org.br/resoluções/portaria%20737)>. Acesso em: 20 out. 2004.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CARDOSO, C. F. Introdução: uma opinião sobre as representações sociais. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CORRÊA, L. A. et. al. Atuação da equipe de psicologia em um hospital de emergência. In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre : Artmed, 2005. p.727- 728.

DALCIN, R. R.; CAVAZZOLA, L. T. Serviço de assistência médica de urgência. In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.22-25.

DALL'AGNOL, C. M. **O agir-refletir-agir nos movimentos da integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado) - Universidade federal de santa Catarina.

FIOCRUZ. **Comitê Técnico Científico para Acidentes e Violências**. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/>>. Acesso em: nov. 2003.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2.ed Porto Alegre: Bookman, 2004.

FORTES, P. A. de C. **Ética e saúde**. São Paulo: EPU, 1998.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente**: um manual de sobrevivência. 5.ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. p.47-48.

GOMES A. L. **Emergência**: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença: uma discussão inicial. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 3.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

JACQUES, E. J. O custo do atendimento ao trauma. In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.770- 771.

MACEDO, C. A. S. Fraturas do fêmur proximal. In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.665.

MANTOVANI, M.F. **Sobrevivendo**:o significado do adoecimento e o sentido da vida pós-ostomia. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.71-75, 2003.

MENDONÇA, R.; ALVES, J. G. B.; CABRAL, J. E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência. 1999. In: BRASIL. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1577-1581, nov./dez. 2002.

MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S., NETO O., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002b.

MONTES, J. A. M. Primeiros socorros em empresa In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.766.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Cultura e Qualidade, 1998.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OLIVEIRA, M. **Avaliação do paciente no ambiente pré-hospitalar**. Disponível em: <www.pm.sc.gov.br>. Acesso em: 29 dez. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. **Relatório da Saúde Mundial 2002**. Brasília, 2003.

POLAK, Y, N. de S. **Socialidade da doença, multidões de corpos e corporeidades solitárias**. Curitiba, 1997. Tese (Concurso de Professor Titular em Saúde do Adulto) - Universidade Federal do Paraná.

POLAK, Y.; KALEGARI, D. R. G.; VIANA, R. D.; DOMINGUES, D. Comportamento da população adulta da Grande Curitiba em face a doença. In: POLAK, Y.; KALEGARI, D. R. G.; JOUCLAS, V. M. G (Orgs.). **Saúde do adulto um enfoque multidisciplinar**. Curitiba, 1997. p.147-60.

ROCHA, P. K. Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica. In: MARTINS, P. P. S.; PRADO M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de enfermagem**: Brasília, p.71-75, 2003.

SANTOS, J. C. **Trauma: problema de saúde pública para o século XXI**. Disponível em: <http://www.inst-medicina.com.Br/trauhome.html>. Acesso em: 28 maio 2004.

SANTOS, R. R.; CANETTI, M. D.; JUNIOR C. R.; ALVAREZ, F. S. **Manual de socorro de emergência**. São Paulo: Atheneu, 1999.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Serviço de atendimento médico de urgência**. Disponível em: <http://www.samusp.med.br/>. Acesso em: 29 dez. 2004.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Impacto do novo código brasileiro na mortalidade por acidentes de trânsito/2003**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br.htm>. Acesso em: 20 set. 2004.

_____. **Missão e objetivo**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Sesa_fazendo/Siate/siate.htm>. Acesso em: 20 set. 2004.

SOARES, V. N.; LUNARDI, L. V. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.1, p.64-69, jan./fev. 2002.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri (SP): Manole, 2005.

SULLIVAN, J. **Armas de fogo e saúde pública/2002**. Disponível em: <<http://www.desarme.org/publique/cgi/cgilua/exe/sys/start>>. Acesso em: nov. 2003.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v.12, n.3, p.477-84, maio/jun. 2004.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, mar./abr. 2001.

WOOD, G. L.; HABER J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você _____, está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado “ A representação do trauma pela vítima e seus familiares”, pois é pela execução de pesquisas que ocorrem os avanços no desenvolvimento e qualidade do trabalho da enfermagem e sua participação é de essencial importância.
2. O objetivo desta pesquisa é configurar as representações da situação emergência traumática pela vítima e seus familiares.
3. Não haverá qualquer tipo de desconforto em consequência de sua participação no estudo.
4. Esta pesquisa não envolve nenhum tipo de risco.
5. Contudo os benefícios esperados são: melhor conhecimento por parte da enfermagem em relação ao tema.
6. As enfermeiras: Selma Assumpção Dias (telefone: 41 338-5393), Maria de Fátima Mantovani, (telefone:360-7244) poderão ser contatadas, são as autoras da pesquisa e poderão ser procuradas para maiores esclarecimentos caso você considere necessário,conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.
7. Estão garantidas todas as informações que você queira,antes durante e depois do estudo.
8. A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará em qualquer interferência no andamento do nosso trabalho na instituição.
9. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
10. A sua participação nesta pesquisa não acarretará qualquer despesa.
11. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que o estudo não acarretará nenhum problema.
12. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. a explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minha profissão. A minha assinatura abaixo representa o meu aceite em participar do estudo, e está em consonância com a Resolução 196/96/MS, que regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos.

Assinatura do participante _____

Nome do pesquisador _____

_____, _____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO

Dados sócio-demográficos (vítima)

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Situação de trabalho: _____

Religião: _____

Estado civil _____

N^o de filhos _____

Tipo do acidente _____

Questões semi-estruturadas, com a finalidade de identificar os significados atribuídos para a vítima frente a situação de emergência traumática, e o atendimento no Serviço de Emergência.

1. Você se lembra como foi o acidente?
2. Como foi para você o atendimento no local do acidente?
3. Como foi para você ter sido atendido em um Pronto Socorro?
4. O que representa para você ter estado em uma sala de emergência?
5. Como foi para você o retorno ao lar, após a alta hospitalar?