

O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva¹

Marli Terezinha Stein Backes²
Alacoque Lorenzini Erdmann³
Andreas Büscher⁴

Objetivos: compreender o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, vivenciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio, bem como construir um modelo teórico sobre o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Grounded Theory, tanto para a coleta como para a análise dos dados. Com base na amostragem teórica, realizaram-se 39 entrevistas em profundidade, em três Unidades de Terapia Intensiva Adulto. **Resultados:** construiu-se a teoria substantiva denominada “sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” que compreende oito categorias: “cuidando e monitorando o paciente continuamente” e “utilizando tecnologia adequada e diferenciada” (condições causais); “proporcionando um ambiente adequado” e “tendo familiares com preocupação” (contexto); “mediando facilidades e dificuldades” (condições intervenientes); “organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade” (estratégia) e “encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte” (consequências). **Conclusão:** confirmou-se a tese de que “o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente vivo, dinâmico e complexo que sustenta a vida dos pacientes nela internados”.

Descritores: Administração Sistêmica; Ambiente de Instituições de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado “A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ PhD, Professor Doutor, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts und Sozialwissenschaften, Osnabrück, Nothwesfallen, Alemanha.

Correspondência:

Marli Terezinha Stein Backes
Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Rua Roberto Sampaio Gonzaga, s/n
Bairro: Trindade
CEP: 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: marli.backes@ufsc.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Um ambiente de cuidado envolve múltiplas dimensões de cuidado e abrange um conjunto de elementos que o integram, e precisa levar em conta o todo que envolve as partes, assim como as partes que envolvem o todo, como bem argumenta o idealizador do pensamento complexo⁽¹⁾. Esses aspectos, contudo, nem sempre são considerados no modelo biomédico de atenção à saúde, cujo foco está centrado na doença, na fragmentação do saber, fazer e ser profissional, em que, algumas vezes, nem mesmo o ser que é cuidado é visto como um todo integrado, um ser de múltiplas relações sociais, potencializadas pelo meio ambiente natural e social.

Nesse sentido, um ambiente de cuidado requer que sejam criadas condições favoráveis à saúde, promovendo ambiente saudável e construtivo e com relações interpessoais harmônicas, vitalizadoras e potencializadoras de energias positivas para um viver melhor⁽²⁾.

Nessa perspectiva, o ambiente do cuidado em saúde/enfermagem precisa ser mais bem conhecido e compreendido para que atinja a dimensão sistêmica. Deve ser apreendido como um processo circular que leve em conta tanto o indivíduo que necessita de cuidados como também as condições em que o mesmo é realizado, os recursos humanos e materiais disponíveis, as relações interpessoais, as interações entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, bem como as interações com o meio ambiente.

O ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foco do presente estudo, é um ambiente destinado a assistir pacientes graves e instáveis que, geralmente, fica no meio hospitalar, e é considerado de alta complexidade, por contar com aparato tecnológico e informatizado de ponta, que apresenta ritmo acelerado, no qual são realizados procedimentos agressivos e invasivos, e onde o duelo entre a vida e a morte está bem presente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente⁽³⁻⁵⁾.

Dessa maneira, a UTI, com frequência, é estigmatizada, podendo gerar concepções errôneas em relação à assistência e atitudes da equipe⁽³⁾. Da mesma forma, a UTI também é vista como um ambiente que gera mitos, sensações e sentimentos contraditórios, tais como angústia, medo, tristeza, dor e sofrimento, segurança e insegurança, tanto nos pacientes e familiares como nos profissionais.

Nessa direção, destacam-se os conceitos de ordem e desordem da Teoria da Complexidade de Edgar Morin.

Enquanto o conceito de ordem remete às ideias de “estabilidade, rigidez, repetição e regularidade, unindo-se à ideia de interação, e imprescindível, recursivamente, da desordem, que comporta dois polos: um objetivo e outro subjetivo. O objetivo é o polo das agitações, dispersões, colisões, irregularidades e instabilidades, em suma, os ruídos e os erros”⁽⁶⁾. Já o polo subjetivo é o da imprevisibilidade que faz com que a desordem coloque em evidência a incerteza que traz consigo o acaso, que é indispensável no surgimento da desordem⁽¹⁾.

A complexidade também envolve a diversidade, o entrelaçamento e a interdependência e deve ser entendida como um sistema de pensamento aberto, abrangente e flexível, ou seja, o pensamento complexo. Pensamento esse que leva a uma nova compreensão do mundo, e conduz ao entendimento e aceitação das mudanças contínuas da realidade, sem negar a multiplicidade, a aleatoriedade e a incerteza, mas buscando conviver com elas⁽⁷⁾. O pensamento complexo, ao mesmo tempo, também “é antagônico e complementar; é contraditório e ambivalente, mas constantemente está em transmutação”⁽⁸⁾.

O presente estudo é uma síntese da tese de doutorado intitulada “A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”⁽⁹⁻¹⁰⁾ e encontra-se fundamentado na seguinte *questão de pesquisa*: qual o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, vivenciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio?

A referida tese teve como objetivos: compreender o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, vivenciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio, bem como construir um modelo teórico sobre o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Método

O método utilizado foi a Grounded Theory e o estudo foi conduzido baseado nos princípios da amostragem teórica, sendo que a coleta e a análise de dados foram realizadas entre junho de 2009 e setembro de 2010, em sequências alternativas, e compreenderam quatro etapas consecutivas. No total, a amostra teórica foi composta por 39 entrevistas, realizadas com 47 sujeitos diferenciados.

Assim, na primeira etapa foram realizadas 10 entrevistas individuais com um grupo de participantes

formado por profissionais da saúde, gestores e profissionais dos serviços de apoio que atuavam na UTI Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), localizado em Florianópolis, SC (UTI 1).

Na segunda etapa, foram realizadas 17 entrevistas com dois grupos diferenciados, sendo que o primeiro grupo era composto por oito entrevistas individuais e/ou coletivas, realizadas com 16 participantes, dos quais quatro eram pacientes e 12 familiares, ambos estavam vivenciando a experiência de UTI no momento da entrevista e/ou haviam vivenciado essa experiência em momentos anteriores. Essas entrevistas foram realizadas na mesma UTI Adulto, de Florianópolis, SC (UTI 1), mencionada acima, e também no domicílio de uma paciente que esteve internada numa UTI Adulto na cidade de Santa Rosa, RS, 16 meses após a sua alta. Ainda, nessa segunda etapa, buscou-se, concomitantemente com as entrevistas realizadas com pacientes e familiares, realizar mais nove entrevistas com profissionais da saúde e dos serviços de apoio da referida UTI Adulto, de Florianópolis, SC (UTI 1).

Já na terceira etapa, foram realizadas cinco entrevistas individuais com profissionais da saúde e gestores da UTI Adulto de um hospital privado, ou seja, do Hospital São Francisco de Assis da cidade de Santa Maria, RS (UTI 2).

Na quarta e última etapa, foram realizadas sete entrevistas individuais com profissionais da saúde, gestor, paciente, familiar e profissional do serviço de apoio de uma UTI Adulto de um hospital filantrópico, ou seja, do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência da cidade de Pelotas, RS (UTI 3).

As entrevistas, portanto, foram realizadas em três UTIs Adulto, localizadas em Florianópolis, SC (UTI 1), Santa Maria, RS (UTI 2), e Pelotas, RS (UTI 3), bem como no domicílio de uma das pacientes após a sua alta da UTI, com a finalidade de maximizar a variação entre os conceitos. A UTI 1 pertencia a um hospital público universitário, de grande porte. A UTI 2 pertencia a um hospital privado de pequeno porte. Já a UTI 3 pertencia a um hospital filantrópico de grande porte.

Realizaram-se, também, 50 horas de observação participante na UTI 1 e observações gerais na UTI 2 e 3, antes e após as entrevistas, bem como 55 horas e 30 minutos de observação participante em duas UTIs e em uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo do Hospital Klinikum Bielefeld, na Alemanha, durante o doutorado sânduíche da pesquisadora principal.

O processo de codificação foi realizado através da codificação aberta, axial e seletiva, fases distintas, mas complementares e integradas. Na análise dos dados, utilizou-se o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Strauss⁽¹¹⁾, como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente os dados e a classificar as conexões emergentes.

Para atender os critérios éticos da pesquisa, foram consideradas as recomendações da Resolução nº196/96 (vigente na época da pesquisa), do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹²⁾, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob Processo nº130/09, a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas, RS, sob Parecer s/n, de 8 de setembro de 2010, e, ainda, a autorização das respectivas Direções e Chefias de Enfermagem dos Hospitais e das Chefias de Enfermagem das referidas UTIs, a fim de validar a proposta de trabalho e poder divulgar as informações.

Resultados

Foi possível construir a teoria substantiva denominada "sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva" que compreende oito categorias intimamente inter-relacionadas e integradas entre si. Duas categorias como *condição causal*, assim definidas: "cuidando e monitorando o paciente continuamente" e "utilizando tecnologia adequada e diferenciada", as quais justificam a existência da UTI. Apresenta como *contexto*, também, duas categorias: "proporcionando um ambiente adequado" e "tendo familiares com preocupação". As *condições intervenientes* referem-se à categoria "mediando facilidades e dificuldades". Por sua vez, "organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade" é a categoria que foi definida como *estratégia* e as *consequências* dizem respeito à categoria "encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte", que reflete a dificuldade que os próprios profissionais que atuam em UTI apresentam.

Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva

"Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva" é

considerada a categoria central, ou o fenômeno central, porque apresenta o tema central da pesquisa, se relaciona com as demais categorias e integra umas às outras. Essa categoria compreende as seguintes subcategorias: "valorizando a vida dos pacientes", "recuperando a saúde dos pacientes", "caracterizando o ambiente da UTI" e "definindo a funcionalidade do ambiente de UTI".

Lutar pela vida é a meta da UTI. Dessa forma, são priorizados os tratamentos que mantêm a vida e promovem a melhor recuperação possível dos pacientes. Os profissionais da UTI procuram ter o maior cuidado e atenção redobrada para recuperar a saúde dos pacientes e ficam atentos aos detalhes que interferem diretamente com a vida, sendo ágeis, fazendo o máximo possível e evitando atrasos no cuidado para não perder a vida dos pacientes, porque querem que os pacientes melhorem para saírem bem da UTI e, muitas vezes, aumentam os recursos para manter a vida por mais tempo. A equipe da UTI sente satisfação com a recuperação da saúde dos pacientes e isso os deixa animados.

Cuidando e monitorando o paciente continuamente

"Cuidando e monitorando o paciente continuamente" foi determinada como uma das condições causais, porque diz respeito às ações relacionadas ao suporte que é dado ao paciente grave, que necessita de assistência qualificada, com o auxílio de tecnologia diferenciada e de profissionais preparados. Essa categoria possui como subcategorias: "considerando as condições de internação dos pacientes", "descrevendo as condições dos pacientes na UTI", "associando o ambiente de cuidados à assistência de enfermagem/saúde", "necessitando considerar o paciente como um ser vivo e humano", "interagindo com os pacientes" e "observando os profissionais".

A assistência aos pacientes na UTI está relacionada ao cuidado direto, intensivo e ao monitoramento permanente por parte dos profissionais. No entanto, o cuidado na UTI requer não só um cuidado técnico, voltado apenas para a dimensão biológica, mas um cuidado integral com os pacientes, tratando-os como seres humanos, com respeito, afetividade e dedicação, conversando com os mesmos, consolando-os quando necessário e vendo sempre o que é melhor para eles, fazendo com que os pacientes se sintam bem cuidados em todos os sentidos, mesmo estando em coma, sedados ou inconscientes.

Utilizando tecnologia adequada e diferenciada

A categoria "utilizando tecnologia adequada e diferenciada", também considerada condição causal, faz parte da estrutura da UTI. É uma condição determinante da existência da UTI e que a diferencia dos demais ambientes. Apresenta como subcategorias: "recursos tecnológicos" e "recursos materiais".

Quanto aos recursos tecnológicos, numa UTI, torna-se indispensável o uso da tecnologia, a qual difere daquela que é utilizada em outros ambientes de cuidado. Um ambiente de UTI adequado envolve tecnologia adequada, isto é, aparelhos tecnológicos, como bombas de infusão, respiradores, monitores cardíacos, oxímetros e outros. Em relação aos recursos materiais, na UTI existe a necessidade e a utilização de muitos materiais e equipamentos e os mesmos precisam ser adequados, suficientes e de qualidade, a fim de se evitar expor os pacientes a riscos. Há o controle rigoroso de materiais e onde, geralmente, não pode faltar material.

Proporcionando um ambiente adequado

"Proporcionando um ambiente adequado" refere-se ao contexto da UTI, pois diz respeito ao ambiente específico da UTI, que deve ser bem apresentável como um todo, harmonioso, agradável, organizado e limpo, proporcionando conforto e bem-estar aos pacientes, familiares e profissionais. Deve ser adequado, sobretudo, para a assistência aos pacientes.

A categoria "proporcionando um ambiente adequado" é composta pelas seguintes subcategorias: "levantando os elementos que compõem o espaço físico da UTI", "comparando duas UTIs a partir da construção de uma UTI nova" e "precisando de um ambiente para os familiares".

Os profissionais da UTI apresentam muita preocupação em relação ao ambiente, principalmente com o tamanho do espaço onde os pacientes se encontram, a presença da luz natural, a presença de janela em cada boxe para situar os pacientes no tempo e para poderem perceber se é dia ou noite, preocupam-se em individualizar o paciente, evitando que um paciente veja o outro, atentam à privacidade dos pacientes, utilizando cortinas em cada boxe.

Tendo familiares com preocupação

A categoria "tendo familiares com preocupação" inclui a seguinte subcategoria: "relatando a experiência

de UTI enquanto familiar". Os familiares também pertencem ao contexto da UTI, pois fazem parte da história dos pacientes ali internados e são responsáveis por eles, motivo pelo qual se apresentam preocupados e na expectativa de vê-los melhorar.

A presença dos familiares na UTI, entretanto, é muito restrita e os mesmos, geralmente, vêm para a UTI apenas nos horários de visita aos pacientes, que são fracionados e ocorrem, geralmente, três vezes ao dia, ou seja, pela manhã, à tarde e à noite, totalizando em torno de uma hora e meia a duas horas de visita diária. Uma das UTIs estudadas apresenta horário de visita apenas à tarde e à noite, com apenas 30 minutos em cada horário.

Mediando facilidades e dificuldades

Facilidades e dificuldades são consideradas condições intervenientes no ambiente da UTI e são inerentes à existência da mesma, ou seja, também fazem parte das condições estruturais da unidade e precisam ser mediadas e relevadas para o seu bom funcionamento. Na UTI, assim como em outros ambientes, os profissionais encontram fatores que facilitam o cuidado e, também, fatores que o dificultam.

A categoria "mediando facilidades e dificuldades" é constituída pelas seguintes subcategorias: "competência profissional", "condições de trabalho", "demonstrando preocupação com a formação profissional e incentivando a capacitação", "necessitando integrar a teoria e a prática", "a presença de estresse" e "lidando com conflitos".

Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade

"Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade" foi definida como estratégia da teoria substantiva "sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva", porque faz parte do processo, ou seja, das ações envolvidas na sustentação da vida dos pacientes internados na UTI, buscando recuperar a saúde dos mesmos, através de cuidado qualificado, humanizado e seguro, ante a atuação dos diversos profissionais da saúde, no trabalho que é realizado em equipe, de forma continuada e com o auxílio dos serviços de apoio. Também diz respeito ao cuidado e às melhorias do próprio ambiente da UTI, à tentativa de humanizar o ambiente, ao reconhecimento da presença e

importância da família no processo de cuidado e à transmissão de informações para os familiares sobre o paciente, uma vez que a família precisa ser mantida a par da evolução do paciente.

A categoria "organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade" é composta pelas seguintes subcategorias: "organizando o ambiente e otimizando o cuidado", "atribuições profissionais", "contando com os serviços de apoio", "trabalhando em equipe", "mantendo o fluxo de trabalho", "agregando novos profissionais", "transmitindo informações sobre o paciente para a família", "tentando humanizar o ambiente" e "reconhecendo a presença e a importância da família no processo de cuidado".

Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte

A dificuldade dos profissionais para aceitar e lidar com a morte dos pacientes é considerada consequência da teoria substantiva "sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva". E essa dificuldade gera sofrimento e angústia nos profissionais diante do não alcance do objetivo almejado, além do medo da reação da família, motivo pelo qual, muitas vezes, evitam interagir efetivamente com os familiares.

A categoria "encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte" compreende as seguintes subcategorias: "ficando angustiado com o sofrimento e a morte dos pacientes", "ficando frustrado e sensibilizado com a internação prolongada dos pacientes e com a presença de pacientes terminais", "encarando a morte de diferentes maneiras", "evitando interagir efetivamente com os familiares", "precisando da ajuda de psicólogo para os profissionais" e "precisando abordar e trabalhar a morte com os profissionais".

Discussão

Acredita-se que a Grounded Theory foi o método mais adequado para este estudo, devido à relevância para os indicadores subjetivos e porque possibilitou compreender o significado coletivo do ambiente de cuidados em UTI Adulto, resultante do processo de pesquisa em questão que envolveu observação participante e a realização de entrevistas em profundidade, com a participação de 47 sujeitos, entre eles profissionais da saúde, gestores, profissionais dos serviços de apoio intra-hospitalar, familiares e pacientes

internados na UTI ou que já haviam recebido alta da UTI.

Além disso, o presente estudo, aliado ao referencial teórico da complexidade de Edgar Morin, a partir de uma visão sistêmica, proporcionou visão de conjunto e novos entendimentos em relação ao ambiente de cuidados em UTI, bem como a construção da teoria substantiva "sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva", que é uma teoria útil e fundamentada em dados de pesquisa, e que culminou com o desenvolvimento e a integração de oito categorias.

De modo geral, a UTI é considerada uma área específica, crítica, especializada, diferenciada dos outros ambientes, muito técnica e de tratamentos invasivos. Ambiente complexo, fechado, organizado, extremamente dinâmico e também barulhento. Possui fluxo de pessoas controlado. É um local limpo, de procedimentos estéreis e assépticos. Concentra pacientes graves e críticos, que apresentam alto risco de morrer e requerem assistência especial e um cuidado a mais.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a UTI envolve um conjunto de elementos agrupados de modo funcional e destinados a atender pacientes graves ou de risco, ou seja, pacientes que apresentam alguma condição potencialmente determinante de sua instabilidade e que, por esse motivo, necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados⁽¹³⁾.

Recentemente a literatura médica internacional tem noticiado os efeitos do *design* da UTI em relação à funcionalidade, segurança e bem-estar dos pacientes e seus familiares. Aponta que as características do projeto de UTI, ligadas às necessidades dos pacientes e seus familiares, são a privacidade, quartos individuais, ambiente tranquilo, a exposição à luz do dia, vista para a natureza, a prevenção da infecção, uma área para a família e horário de visita livres⁽¹⁴⁾.

A realidade das UTIs brasileiras, de modo geral, ainda não contempla todos esses aspectos, tais como quartos individuais para os pacientes, vista para a natureza, uma área para a família e horários de visita livres. No entanto, cada vez mais o país vem investindo em melhorias nos ambientes de cuidado em UTI, tornando esses ambientes mais acolhedores e humanizados e ampliando os horários de visita.

Estudo realizado na Alemanha, para conhecer melhor a situação dos familiares de pacientes internados na UTI, mostra que os mesmos convivem com a incerteza, emoções esmagadoras, além de terem que assumir responsabilidades adicionais⁽¹⁵⁾. De acordo

com os autores, os familiares colocam sempre em primeiro plano o paciente internado na UTI e querem sempre estar perto dele, com ou sem a participação nos cuidados, bem como buscam informações honestas, apoio social e tentam sempre manter a esperança na melhora do paciente.

Outro estudo realizado procurou revisar o contexto do ambiente de cuidado de UTI em relação à segurança dos pacientes e a qualidade do cuidado, especificamente no que diz respeito à associação com a saúde e infecção e problemas e soluções que envolvem a equipe interdisciplinar. Os temas abrangem o projeto arquitetônico atual e futuro e as tendências de *layout*, tendências que afetam a construção de unidades de terapia intensiva e prevenção de construção associada a infecções relacionadas à assistência, que envolvem riscos no ar e pela água e soluções de *design*⁽¹⁶⁾.

Ainda, de acordo com os mesmos autores, elementos específicos incluem a ocupação individual, salas de unidade de terapia intensiva com acuidade escalável; aspectos ambientais relacionados à higiene das mãos, tais como os riscos da água, presença e localização da pia, gestão de recursos humanos e de resíduos, seleção de superfície (revestimento do piso, bancadas, mobiliário e equipamentos) e de limpeza, tratamento dos antimicrobianos e materiais similares, irradiação germicida ultravioleta, salas especializadas de isolamento para pacientes com infecções transmitidas pelo ar e ambientes de proteção, projeto de sistemas de água e estratégias para o uso seguro de água potável.

Outro estudo realizado comparou o *design* de UTI na China e Holanda com base nos padrões estabelecidos. Os autores consideraram que, devido ao alto risco e instabilidade dos pacientes de UTI, o *design* de UTI é muito difícil. No entanto, um projeto de UTI com *design* de iluminação, controle de ruído e outros aspectos também pode melhorar a sua gestão. Levaram em conta, também, o ambiente interno na perspectiva do planejamento, analisaram pacientes e suas famílias, a equipe médica e a necessidade de espaço para realizar pesquisas em *design* de UTI⁽¹⁷⁾.

Considerando o desenvolvimento da ciência e o progresso social, esses últimos autores cada vez mais defendem o *human-center design*, ou seja o *design* centrado no ser humano, a partir do ponto de vista dos usuários, com o objetivo de fornecer um ambiente de UTI confortável e eficaz para os pacientes, suas famílias e profissionais, satisfazendo as demandas de diferentes necessidades, com o desenvolvimento de alta tecnologia que, também, deve se concentrar mais no equilíbrio

emocional, e, ao mesmo tempo, satisfazer as exigências econômicas, de qualidade e eficiência.

O pensamento sistêmico/complexo representa, nessa direção, alternativa capaz de contribuir com o pensamento racional do paradigma cartesiano, ainda predominante nas UTIs, diante do resgate do humano, pela compreensão do todo, fazendo a conexão entre as partes e o todo, a razão e a emoção, a objetividade e a subjetividade, o ambiente da UTI e as demais unidades e serviços de saúde intra e extra-hospitalares, a UTI e o universo social e a UTI e o meio ambiente.

Em suma, o objetivo da UTI é investir para recuperar a saúde dos pacientes, com o auxílio de tecnologias diferenciadas e profissionais qualificados. Dessa maneira, o ambiente de UTI é um local destinado a cuidados intensivos a pacientes graves, instáveis e recuperáveis, que apresentam risco de morrer, mas que não internam na UTI para morrer.

Entretanto, devido à gravidade em que os pacientes se encontram, o limite entre a vida e a morte torna-se uma presença constante nesse ambiente e, como consequência, os profissionais sentem satisfação com a recuperação da saúde dos pacientes, mas também se sentem frustrados e apresentam dificuldades para aceitar e lidar com a morte deles.

Essa frustração e dificuldade para aceitar e lidar com a morte dos pacientes na UTI, muitas vezes, traduz-se em sofrimento para os profissionais. Em estudo, no qual se investigaram os sentimentos de sofrimento no trabalho de enfermeiros na UTI, foi apontado que as vivências do sofrimento estão relacionadas com o cuidar do paciente crítico jovem, com a família do paciente, o trabalho em equipe, a falta de reconhecimento do trabalho realizado e a tecnologia no trabalho⁽¹⁸⁾.

Conclusão

O presente estudo possibilitou compreender o significado coletivo do ambiente de cuidados em UTI Adulto a partir das vivências e experiências de profissionais da saúde, gestores, profissionais dos serviços de apoio intra-hospitalar, familiares e pacientes internados na UTI ou que já haviam recebido alta da UTI, e que, aliado ao referencial teórico da complexidade de Edgar Morin, e visto a partir do ponto de vista sistêmico, proporcionou uma visão do conjunto de circunstâncias e novos entendimentos em relação ao ambiente de cuidados em UTI, bem como a construção da teoria substantiva “sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, que é

uma teoria útil e fundamentada em dados de pesquisa, e que culminou com o desenvolvimento e a integração de oito categorias.

“Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” foi designada como a teoria substantiva, o fenômeno central, que, baseado no mecanismo analítico, denominado paradigma, preconizado pelo método utilizado, possibilitou a reunião e o ordenamento dos dados sistematicamente, proporcionando a integração das condições estruturais que dizem respeito às condições causais, contextuais e intervenientes, com o processo, que se refere às estratégias de ação e interação dos profissionais envolvidos no cuidado em UTI, a fim de se compreender melhor a dinamicidade, a complexidade e a natureza dos fatos nesse ambiente.

Evidenciou-se que a UTI é um ambiente de cuidados vivo e dinâmico, no qual ocorre a sustentação da vida e onde se almeja a melhor recuperação possível dos pacientes ali internados. E, como consequência, os profissionais de saúde da UTI ficam frustrados e angustiados quando não conseguem recuperar a saúde dos pacientes e esses vêm a falecer. Nesse sentido, confirma-se a tese: “o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente vivo, dinâmico e complexo que sustenta a vida dos pacientes nela internados”.

Referências

1. Morin E. *Ciência com consciência*. 9ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
2. Silva RF, Erdmann AL. Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. *Texto Contexto Enferm*. 2002;11(3):72-82.
3. Pina RZ, Lapchinsk LF, Pupulim JSL. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(4):503-8. doi: 10.4025./ciencuidsaude.v7i4.6658.
4. Martins JT, Robazzi MLCC, Garanhani ML. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Cienc. Enferm*. 2009;15(3):45-53.
5. Fernandes HS, Pulzi Júnior AS, Costa Filho R. Qualidade em terapia intensiva. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(1):37-45.
6. Estrada AA. *Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin*. Akrópolis, Umuarama 2009; 17(2):85-90.
7. Mariotti H. *Complexidade e pensamento complexo* [Internet]. 5 p. [acesso 15 fev 2015]. Disponível em: <http://www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/teo->

riadacomplexidade/Complexidade-e-PensamentoComplexo.pdf.

8. Petraglia I. Edgar Morin: Complexidade, transdisciplinaridade e incerteza. [Internet]. [acesso 15 fev 2015]. Disponível em: http://www4.uninove.br/grupec/EdgarMorin_Complexidade.htm.

9. Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. 390 p.

10. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):769-75.

11. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996.

13. Ministério da Saúde (BR). Lei nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

14. Kesecioglu J. Improving the patient's environment: the ideal intensive care unit. *Réanimation*. 2015; 24(2 Suppl):341-3. doi: 10.1007/s13546-014-2012-8.

15. Nagl-Cupal M, Schnepf W. Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten. *Pflege*. 2010; 23(2):69-80.

16. Bartley J, Streifel, AJ. Design of the environment of care for safety of patients and personnel: Does form follow function or vice versa in the intensive care unit? *Crit Care Med*. 2010; 38(8 suppl):S388-98. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181e6d0c1.

17. Li Y, Albayrak A, Goossens RHM, Xiao DJ, Jakimowicz J. Human-centered environment design in intensive care unit. *J Theor Appl Inform Technol*. 2013; 49(1):274-9.

18. Martins JT, Robazzi MLCC. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(1):52-8.