

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

Marli Terezinha Stein Backes

**A SUSTENTAÇÃO DA VIDA NO AMBIENTE COMPLEXO DE  
CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis

2011

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

B126s Backes, Marli Terezinha Stein

A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva [tese]: Marli Terezinha Stein Backes; orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann. - Florianópolis, SC, 2011.

390 p.: il.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Unidade de tratamento intensivo - Administração. 3. Hospitais. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Humanização dos serviços de saúde. 6. Médico e paciente. 7. Unidade de tratamento intensivo. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

Marli Terezinha Stein Backes

**A SUSTENTAÇÃO DA VIDA NO AMBIENTE COMPLEXO  
DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor em Enfermagem”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 17 de fevereiro de 2011

---

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dr. Andreas Büscher  
Hochschule Osnabrück - Alemanha

---

Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Dra. Betina Hörner Schindwein Meirelles  
Universidade Federal de Santa Catarina



Aos pacientes  
internados nas Unidades de Terapia Intensiva,

Aos familiares que sofrem  
e que ajudam a dar vida a esses ambientes,

Àqueles que se dedicam para tornar  
os ambientes de UTI acolhedores e humanizados

E, à todos aqueles  
que contribuíram para a construção desta Tese



## AGRADECIMENTOS

“Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas e tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. O cuidado recolhe todo esse modo de ser e mostra como atuamos enquanto seres humanos”.

(Leonardo Boff)

Ao finalizar esta trajetória marcante de três anos, que têm sido uma etapa muito importante da minha vida, tanto a nível pessoal, como acadêmico e profissional, na qual mergulhei com muita convicção e vontade de vencer, entre desafios e conquistas, ao mesmo tempo em que procurei sempre dar o melhor de mim mesma e, obtendo como resultado uma nova visão de mundo, de valores e da vida, muitas são as pessoas e instituições que contribuíram para isso e conspiraram ao meu favor, de modo que será difícil nomear cada uma delas.

Por esse motivo, a gratidão é a melhor homenagem que eu poderia registrar aqui a cada pessoa, pelo incentivo, confiança, carinho, disponibilidade e apoio recebido, de quem quer que seja, e a todos, que junto comigo, partilharam das alegrias e das conquistas frente à minha formação acadêmica e profissional.

Particularmente, quero agradecer **à Deus**, autor da vida e da criação. Fonte de luz, amor e inspiração, que me acompanhou e me conduziu nesse processo, e que sempre me deu forças para renovar as energias para seguir e recomeçar.

Meu eterno agradecimento **aos meus pais Roque e Elma**, que me proporcionaram um ambiente familiar propício, no qual aprendi os valores que dizem respeito à vida, ao meio ambiente e à ética, e no qual também aprendi a falar a língua alemã, que foi um aspecto importante e de grande contribuição, frente ao Doutorado Sanduíche que realizei na Alemanha nesse período.

Minha gratidão à **Universidade Federal de Pelotas e ao Hospital-Escola dessa Universidade**, que me concederam o afastamento de minhas atividades profissionais enquanto eu estive cursando o Doutorado, em especial à Tânia Machado, Enfermeira Gilmara Timm e Enfermeira Jandira Silveira.

À **Secretaria Municipal de Saúde do Capão do Leão/RS**, pela concessão da licença por interesse, ao ingressar no doutorado e, aos colegas dessa Secretaria, agradeço pelo carinho e amizade.

À **Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem dessa Universidade**, que me acolheu como doutoranda e incentivou o meu crescimento acadêmico. Agradeço carinhosamente aos professores, funcionários e colaboradores.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES**, pela concessão da Bolsa do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE), para a realização do Doutorado Sanduíche na Alemanha.

À **Universität Bielefeld da Alemanha**, principalmente, à Professora Dra. Doris Schaeffer e Dr. Andreas Büscher, e também aos professores, alunos e funcionários que eu conheci, meus sinceros agradecimentos pela acolhida generosa, valiosas orientações, apoio e amizade.

**Aos Gestores dos hospitais e das Unidades de Terapia Intensiva**, em especial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, de Florianópolis/SC, ao Hospital São Francisco de Assis de Santa Maria/RS, à Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS e ao Hospital *Klinikum Bielefeld Mitte* de Bielefeld/Alemanha, por terem permitido a realização de entrevistas e observações nas referidas instituições.

**Aos participantes do estudo**, que aceitaram ser entrevistados e fazer parte da pesquisa, disponibilizando do seu tempo, com o desejo de contribuir para ampliar o conhecimento relacionado ao ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva.

Agradeço, em especial, **aos Professores Membros da Banca Examinadora** da presente Tese de Doutorado, por terem aceitado o



convite e disponibilizado do seu tempo para contribuir no aperfeiçoamento deste trabalho.

Meu mais caro agradecimento à **Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, Orientadora da presente Tese de Doutorado. Serei eternamente grata por ter acreditado em mim, por ter me aceitado para ser a sua orientanda durante o Curso de Doutorado em Enfermagem, pela sua presença alegre, contagiante e positiva. Por ter me desafiado, especialmente, para realizar o Doutorado Sanduíche na Alemanha e, dessa forma, também contribuiu para criar um profundo amor às origens culturais. Muito Obrigada!

Agradeço de coração ao **Professor Dr. Andreas Büscher**, meu Orientador na *Universität Bielefeld* na Alemanha, que prontamente me aceitou para realizar o Doutorado Sanduíche nesse país, e que não mediu esforços para que essa experiência fosse bem sucedida. Por todo apoio, compreensão, afeto e convivência agradável em todos os momentos. *Viellen Dank für alles!*

Minha profunda gratidão à **minha irmã Professora Dra. Dirce Stein Backes**, pelos seus grandes empreendimentos e pelo grande significado que têm para mim, pela sua solidariedade incansável, pelo estímulo e inspiração em todos os momentos.

Aos demais membros da minha família, em especial, à **Luciane, Neivo, Eduardo, Alice e Ana Júlia**, que me acompanharam nessa trajetória mais de perto, proporcionando inúmeros momentos de ajuda e descontração.

Às **minhas colegas de doutorado da Turma 2008/1**: Sandra, Maritê, Gisele, Ana Maria, Ana Paula, Rosane, Juliana, Claudiniete, Eunice, Laurete, Luciana e Lisnéia, pela convivência, companheirismo, apoio e amizade.

**Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e saúde – GEPADES**, pelo aprendizado mútuo, pela reciprocidade, pelos projetos de parceria, pela amizade e convivência agradável de sempre.

Às **amigas e amigos**, de modo especial, à Maria, Magda, Jacira, Francisca, Lívia, Patrícia, Gabriela, José Luís, Prof. Selma, Prof. Betina, Eva, Clarice e Arcioneida, pela amizade e compartilhamento de momentos significativos.

**Aos meus queridos amigos da Alemanha:** Elvira, Tatiana, Olga, Tatiana, Angelika, Hennig, Anett, Sandra, Liutgera, Aloysia, Cornélia, Carola, Gertrudes, Peter, Paulina, Luci, Bernadete e Pietra, pelo grande carinho e amizade conquistada enquanto eu estive na Alemanha em 2010.

E, para terminar, fica o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que me ajudaram de uma forma ou de outra durante estes três anos, e que, não foram nomeadas aqui.

Serei eternamente grata por tudo!

*Viellen Dank für alle!*



Figura obtida da capa do Caderno “Rede de gestão do cuidado ao paciente crítico: caderno do curso” (Ministério da Saúde e Hospital Sírio-Libanês Instituto de Ensino e Pesquisa, 2009)

“O lidar com os limites entre a vida e a morte, com a tensão e o desconhecimento, com a ausência e o medo, com a culpa e o desespero, sentimentos tão próximos daqueles que, por uma razão ou outra, se tornam em algum momento pacientes, familiares ou mesmo interlocutores profissionais nestas unidades de tratamento intensivo, exige destes setores muito mais que tecnologia, muito mais que medicamentos, muito mais que recursos humanos tecnicamente capacitados, muito mais que processos organizacionais e administrativos próximos da perfeição, muito mais que fortes vínculos com outras unidades assistenciais da instituição hospitalar. Exige muita atenção e carinho, exige capacidade de compreender que o ser humano merece o diálogo e o conforto, exige compromisso e respeito com a vida e com aqueles que a perdem, exige respeito e compromisso com aqueles que perderam ou estão perdendo os seus vivos, exige capacidade de compreender que a informação e o esclarecimento são direitos do paciente e de seus familiares, e que informar e esclarecer é dever dos profissionais que os assistem, e exige, enfim, um processo assistencial humanizado e humanizador, enquanto instrumento claro e concreto de qualificação e bem estar no nosso meio”.



## RESUMO

Os ambientes de Unidade de Terapia Intensiva, tradicionalmente fechados, pouco acolhedores, de paredes brancas e janelas altas e pequenas, estão começando a ser transformados. O presente estudo de abordagem qualitativa 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. Para apreender e compreender a dinamicidade, a complexidade e a natureza dos fatos relacionados a esse ambiente, a partir das interações que envolvem diversos atores no processo de cuidado e que abrange o sistema de saúde como um todo, foi utilizado o referencial da complexidade proposto por Morin. O estudo encontra-se fundamentado nas seguintes questões de pesquisa: Qual o significado de ambiente do cuidado? E, 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? 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 em sequências alternativas, e compreenderam 04(quatro) etapas consecutivas. No total, a amostra teórica foi composta por 39(trinta e nove) entrevistas, realizadas com 47(quarenta e sete) sujeitos diferenciados, tais como, profissionais da saúde e outros profissionais que atuavam em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, pacientes que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto ou que já haviam vivenciado essa experiência e, familiares que tinham um membro da família internado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto no momento da entrevista, ou em momentos anteriores. As entrevistas foram realizadas em 03(três) Unidades de Terapia Intensiva Adulto, localizadas em Florianópolis/SC, Santa Maria/RS e Pelotas/RS, com a finalidade de maximizar a variação entre os conceitos. Também foi realizada observação participante nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto de 02(dois) hospitais (em Florianópolis/SC e em Bielefeld/Alemanha). 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, como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente os dados, e a classificar as conexões emergentes. Foi possível construir a teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” que, além de ser designada como a teoria substantiva, também é considerada a categoria central, ou o fenômeno central, porque apresenta o tema principal da pesquisa, se relaciona com as demais categorias e integra as mesmas umas às outras. A teoria foi delimitada por 08(oito) categorias, incluindo a categoria central. As Condições causais compreendem as categorias: “Cuidando e monitorando o paciente continuamente” e, “Utilizando tecnologia adequada e diferenciada”; o Contexto refere-se às categorias: “Proporcionando um ambiente adequado” e, “Tendo familiares com preocupação”; como interveniência, têm-se a categoria “Mediando facilidades e dificuldades”; a estratégia diz respeito à categoria “Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade” e, a categoria “Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte”, foi evidenciada como consequência. 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”. Entretanto, dizer que a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de vida, não está relacionado apenas ao número de pacientes que são recuperados e que saem vivos desse ambiente, que é a grande maioria. Mas, é muito mais do que isso, e diz respeito ao ambiente como um todo que, para ser vivo, precisa ser otimizado, humanizado, acolhedor e estimulador, tanto para os pacientes e profissionais, como para os familiares. Torna-se necessário prestar um cuidado integral e subjetivo aos pacientes, indo além do cuidado técnico e objetivo. Da mesma forma, também é necessário acolher e cuidar dos familiares, especialmente, no que se refere ao cuidado emocional dos mesmos que, geralmente, é deixado de lado. Tornar o ambiente de Unidade de Terapia Intensiva agradável e acolhedor, depende de todos os profissionais que atuam nesse ambiente e, principalmente, dos profissionais enfermeiros, pela função de liderança que deve ser exercida pelos mesmos nesse ambiente, de modo especial, em relação à humanização e à promoção da ambiência acolhedora.

**Palavras-chave:** Administração sistêmica; Ambiente de instituições de saúde; Ambiente de trabalho; Cuidados de enfermagem; Cuidados

intensivos; Decoração interior e mobiliário; Humanização da assistência; Relações interprofissionais; Relações profissional-família; Relações profissional-paciente; Unidades de terapia intensiva.





## ABSTRACT

The environments of the Intensive Care Unit, traditionally closed, little cozy, white walls and tall and small windows, are beginning to be transformed. This qualitative study aimed to understand the meaning of environmental care in Adult Intensive Care Units experienced by health professionals in this unit, managers, patients, family members and support services professional, as well as build a theoretical model of the environment of care in adult intensive care unit. To learn and understand the dynamics, complexity and nature of the facts related to this environment, from interactions involving various stakeholders in the care and covering the health care system as a whole, it has been used the complexity benchmark proposed by Morin. The study is based on the following research questions: What is the meaning of care environment? And what is the meaning of environmental care in adult intensive care units experienced by health professionals in this unit, managers, patients, family members and support services professional? The method used was Grounded Theory and the study has been conducted based on the principles of theoretical sampling, being the collection and analyses performed in alternative sequences, and comprised 04(four) consecutive steps. At a total, the sample consisted of 39(thirty nine) interviews conducted with 47(forty seven) different subjects such as health professionals and other professionals working in the Adult Intensive Care Unit, patients who were hospitalized in Adult Intensive Care Unit or had already gone through this experience, and relatives who had a family member hospitalized in the Adult Intensive Care Unit at the interview or in previous periods. The interviews were conducted in 03(three) Adult Intensive Care Units, located in Florianópolis, Santa Maria/RS, and Pelotas/RS, aiming at maximizing the variation between the concepts. Participant observation was also performed in Adult Intensive Care Units of 02(two) hospitals (in Florianópolis/SC and in Bielefeld/Germany). The coding process was conducted through open, axial, and selective coding, distinct phases, whereas complementary and integrated. The analytic engine called paradigm, advocated by Strauss has been used to analyze the data, as a facilitator instrument, which involves an organizational scheme that helps to systematically collect and sort data, classifying the emerging connections. It was possible to construct the substantive theory “Sustaining life in the complex care environment of the Intensive Care

Unit” which, besides being designated as the substantive theory, is also regarded the core category, or the central phenomenon, because it presents the main theme of research, is linked to the other categories and integrating them. The theory was bounded by 08(eight) categories, including the central one. The causal conditions include the categories: “Caring and continuously monitoring the patient”, and “using adequate and differentiated technology”; the Context refers to the categories: “Providing an appropriate environment”, and “Having family members with concern”; as intervenience, the category “Mediating facilities and difficulties”; the strategy refers to the category “Organizing the environment and managing the dynamics of the unit”, and the category “Finding difficulties to accept and deal with death”, was highlighted as consequence. It confirms the thesis: “the environment of care in the Intensive Care Unit is a live environment, dynamic and complex, that supports the life of the patients hospitalized in it”. However, saying that the ICU is an environment of life is not related only to the number of patients who recovered from living environment, which is the majority. But it is much more than that, and concerns the environment as a whole, in order to be alive; it must be optimized, humanized, welcoming and stimulating for patients and professionals, as well as family members. It is necessary to provide a comprehensive and subjective care to patients, going beyond the technical and objective care. Likewise, it is also necessary to welcome and care for the family, especially with regard to their emotional care, which is usually overlooked. Making the environment of the Intensive Care Unit pleasant and welcoming depends on all the professionals in this environment, and especially on nurses, by the leadership role they must play in this environment, especially in relation to the humanization and promotion of a friendly environment.

**Keywords:** Systemic management; Health facility environment; working environment; Nursing care; Intensive care; Interior design and furnishings; Humanization of assistance; Interprofessional relations; Professional-family relations; Professional-patient relations; Intensive care Units.

## RESUMEN

Los ambientes de unidades de Terapia Intensiva, tradicionalmente, cerrados, poco acogedores, de paredes blancas y ventanas altas y pequeñas, están comenzando a ser transformados. El presente estudio de abordaje cualitativo tuvo como objetivos comprender el ambiente de cuidado en unidades de terapia intensiva adulto, al que se enfrentan los profesionales de la salud, gerentes, servicios de apoyo familiar y profesional, así como, construir un modelo teórico sobre el ambiente de cuidado en la unidad de terapia intensiva adulto. Para conocer y comprender la dinámica, complejidad y naturaleza de los hechos relacionados con este entorno, a partir de las interacciones que implican diversos actores en el cuidado y cubrir el sistema de salud como un todo, se utilizó la referencia de la complejidad propuesta por Morin. El estudio estuvo fundamentado en las siguientes preguntas de investigación: Cuál es el significado de ambiente de cuidado? Y Cuál el significado de ambiente de cuidado en unidades de terapia intensiva adulto, vivenciado por profesionales que laboran en esas unidades, gerentes, pacientes, familiares y profesionales de servicio de apoyo? El método utilizado fue la Teoría Fundamentada y el estudio fue conducido con base en los principios de muestreo teórico, y la recolección y el análisis se realizaron en secuencias alternativas que comprendieron 4 (cuatro) etapas consecutivas. En total la muestra teórica estuvo compuesta por 39 (treinta y nueve) entrevistas, realizadas a 47 (cuarenta y siete) sujetos individuales, tales como, profesionales de la salud y otros profesionales que laboran en la unidad de terapia intensiva adulto, pacientes internados en la unidad de terapia intensiva o que ya habían pasado por esta experiencia, y familiares que tenían un miembro de la familia hospitalizado en la unidad de terapia intensiva en el momento de la entrevista, o en ocasiones anteriores. Las entrevistas fueron realizadas en 3 (tres) unidades de terapia intensiva localizadas Florianópolis/SC, Santa María/RS y Pelotas/RS, con el propósito de maximizar la variación en los conceptos. También se realizó observación participante en las unidades de terapia intensiva de 2 (dos) hospitales (Florianópolis/SC y Bielefeld/Alemania). El proceso de codificación fue realizado a través de codificación abierta, axial y selectiva, fases diferentes pero complementarias e integradas. Para el análisis de los datos se utilizó el mecanismo analítico denominado paradigma, recomendado por Strauss, como instrumento facilitador, que

comprende un esquema organizacional que ayuda a reunir y ordenar sistemáticamente los datos, y a clasificar las conexiones emergentes. Fue posible construir una teoría sustantiva “Sosteniendo la vida en el complejo ambiente de cuidado en la unidad de cuidados intensivos”, que además de ser designada como una categoría de fondo, también fue considerada la principal categoría, o el fenómeno central, ya que presenta el tema principal de la investigación, se relaciona con las demás categorías y las integra entre sí. La teoría fue limitada por 8 (ocho) categorías incluyendo la categoría central. Las condiciones causales comprenden las categorías: Asistir y monitorear al paciente continuamente, y utilizar la tecnología adecuada e individualizada; el contexto refiere las categorías: Proporcionar un ambiente adecuado, y tener familiares con preocupación; como intervención se tiene la categoría: Mediando facilidades y dificultades; la estrategia de respeto se refiere a la categoría “Organizar el ambiente y gerenciar la dinámica de la unidad”, y la categoría “Encontrar dificultades para aceptar y tratar la muerte”, se evidenció como una consecuencia. Se confirma con la tesis que “el ambiente de cuidado en las unidades de terapia intensiva es vivo, dinámico y complejo, que apoya la vida de los pacientes hospitalizados en ellas.

Sin embargo decir que la unidad de terapia intensiva es un ambiente de vida, no solo está relacionado con el número de pacientes que se recuperan y salen vivos de este ambiente, que son la mayoría. Más, es mucho más que eso, es decir, se refiere al ambiente como un todo, que para ser vivo, requiere ser optimizado, humanizado, acogedor y estimulador tanto para los pacientes y profesionales como para los familiares. Se convierte en necesario, prestar un cuidado integral y subjetivo a los pacientes, que vaya más allá del cuidado técnico y objetivo. De la misma forma también es necesario acoger y cuidar los familiares, especialmente en lo que se refiere al cuidado emocional de los mismos, que generalmente, es dejado de lado. Tornar el ambiente de la unidad de terapia intensiva agradable y acogedor, depende de todos los profesionales que laboran en ese ambiente, principalmente, los profesionales de enfermería, por el papel de liderazgo que debe ser ejercido por ellos mismos, de modo especial en relación a la humanización y a la promoción de un ambiente acogedor.

**Palabras clave:** Administración sistémica, Ambiente de instituciones de salud, Ambiente de trabajo, Cuidado de enfermería, Cuidados intensivos, Decoración interior y mobiliario, Humanización de la

asistencia, Relaciones interprofesionales, Relaciones profesional-familia, Relaciones profesional-paciente, Unidad de terapia intensiva.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Possibilidades interativas entre os envolvidos no cuidado em UTI .....	82
Figura 2 - UTI 1 .....	103
Figura 3 - UTI 1 .....	104
Figura 4 - Equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade .....	109
Figura 5 - Buscando desenvolver melhor as categorias e descobrindo relações entre as mesmas – 05/04/2010 – referente à primeira e segunda etapa da coleta e análise dos dados .....	113
Figura 6 - Esquema ilustrativo do processo de análise dos dados e construção da teoria, baseado em Leal (2005) .....	117
Figura 7 - Resumo das três fases de codificação .....	120
Figura 8 - Principais aspectos do ambiente de cuidados em UTI .....	131
Figura 9 - Rede de apoio do ambiente de cuidados em UTI Adulto ..	293
Figura 10 - As relações e interações no ambiente de cuidados em UTI .....	298





## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Entrevistas realizadas com profissionais de saúde, gestores e profissionais dos serviços de apoio durante a primeira etapa da coleta de dados na UTI 1 .....	89
Quadro 2 - Entrevistas realizadas com pacientes e familiares durante a segunda etapa da coleta de dados que vivenciaram a experiência de internação em três UTIs diferentes, enquanto paciente e/ou familiar .....	92
Quadro 3 - Entrevistas realizadas com profissionais da UTI 1, durante a segunda etapa da coleta de dados .....	95
Quadro 4 - Entrevistas realizadas com profissionais de saúde e gestoras na UTI 4, durante a terceira etapa da coleta de dados .....	97
Quadro 5 - Entrevistas realizadas com profissionais de saúde, gestor, paciente e familiar na UTI 5, durante a quarta etapa da coleta de dados .....	100
Quadro 6 - Atributos do pesquisador para a coleta e análise de dados, utilizando a Grounded Theory .....	102
Quadro 7 – Período de observação participante na UTI 1 .....	104
Quadro 8 - Exemplo de memorando de codificação .....	112
Quadro 9 - Exemplo do processo de codificação aberta .....	114
Quadro 10 - Exemplo de identificação de entrevistas e códigos .....	115
Quadro 11 - Esquema teórico explanatório da teoria formal “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” .....	127
Quadro 12 - Comparando a UTI com os outros ambientes do hospital .....	135
Quadro 13 - O mais importante no ambiente da UTI para profissionais e gestores, familiares e pacientes .....	236



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CTI - Centro de Terapia Intensiva

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TGS - Teoria Geral dos Sistemas

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UTI - Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>35</b>
1.1	QUESTÕES DE PESQUISA .....	45
1.2	OBJETIVOS .....	46
<b>2</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO E AO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UTI</b> .....	<b>47</b>
2.1	O CUIDADO DE ENFERMAGEM .....	47
<b>2.1.1</b>	<b>O cuidado, o ambiente e a enfermagem</b> .....	<b>50</b>
2.2	ALGUNS ASPECTOS SOBRE O AMBIENTE HOSPITALAR .....	53
2.3	O AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	55
<b>2.3.1</b>	<b>O ambiente físico de UTI</b> .....	<b>59</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Recursos humanos na UTI Adulto</b> .....	<b>60</b>
<b>2.3.3</b>	<b>A estrutura de serviços, materiais e equipamentos</b> .....	<b>61</b>
2.4	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A AMBIÊNCIA ACOLHEDORA NO CUIDADO EM UTI .....	64
<b>3</b>	<b>A VISÃO SISTÊMICA DO AMBIENTE DO CUIDADO E O PENSAMENTO COMPLEXO</b> .....	<b>71</b>
3.1	AS INTERAÇÕES DO CUIDADO NA PERSPECTIVA ECOLÓGICA .....	74
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>81</b>
4.1	A GROUNDED THEORY .....	83
4.2	A AMOSTRAGEM TEÓRICA .....	85
4.3	A COLETA DE DADOS .....	87
4.4	A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE REALIZADA NO AMBIENTE DA UTI 1 .....	102
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	108
<b>4.5.1</b>	<b>Descrevendo o processo de codificação</b> .....	<b>110</b>
4.6	VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO.....	121
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	122
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>125</b>
5.1	SUSTENTANDO A VIDA NO AMBIENTE COMPLEXO DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	128
<b>5.1.1</b>	<b>Valorizando a vida dos pacientes</b> .....	<b>129</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Recuperando a saúde dos pacientes</b> .....	<b>130</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Caracterizando o ambiente da UTI</b> .....	<b>131</b>
5.1.3.1	Comparando a UTI com os outros ambientes do hospital .....	133
<b>5.1.4</b>	<b>Definindo a funcionalidade do ambiente da UTI</b> .....	<b>136</b>

5.2	CUIDANDO E MONITORANDO O PACIENTE CONTINUAMENTE .....	136
5.2.1	Considerando as condições de internação dos pacientes .....	137
5.2.2	Descrevendo as condições dos pacientes na UTI .....	138
5.2.3	Associando o ambiente de cuidados à assistência de enfermagem/saúde .....	142
5.2.3.1	Realizando procedimentos no paciente .....	144
5.2.4	Necessitando considerar o paciente como um ser vivo e humano	145
5.2.5	Interagindo com os pacientes .....	147
5.2.6	Observando os profissionais .....	148
5.3	UTILIZANDO TECNOLOGIA ADEQUADA E DIFERENCIADA .....	149
5.3.1	Recursos tecnológicos .....	149
5.3.2	Recursos materiais .....	150
5.4	PROPORCIONANDO UM AMBIENTE ADEQUADO .....	151
5.4.1	Levantando os elementos que compõe o espaço físico da UTI ....	152
5.4.2	Comparando duas UTIs a partir da construção de uma UTI nova .....	157
5.4.3	Precisando de um ambiente para os familiares .....	159
5.5	TENDO FAMILIARES COM PREOCUPAÇÃO .....	159
5.5.1	Relatando a experiência de UTI enquanto familiar .....	160
5.6	MEDIANDO FACILIDADES E DIFICULDADES .....	167
5.6.1	Competência profissional .....	168
5.6.2	Condições de trabalho .....	169
5.6.2.1	Faltando comprometimento com o ambiente de trabalho .....	171
5.6.2.2	Levando em conta a saúde do trabalhador .....	172
5.6.3	Demonstrando preocupação com a formação profissional e incentivando a capacitação .....	174
5.6.4	Necessitando integrar a teoria e a prática .....	176
5.6.5	A presença de estresse .....	177
5.6.6	Lidando com conflitos .....	178
5.7	ORGANIZANDO O AMBIENTE E GERENCIANDO A DINÂMICA DA UNIDADE .....	179
5.7.1	Organizando o ambiente e otimizando o cuidado .....	180
5.7.1.1	Preparando e cuidando do ambiente .....	182
5.7.1.2	Procurando melhorar o ambiente .....	184
5.7.2	Atribuições profissionais .....	185
5.7.2.1	A atuação do enfermeiro .....	185
5.7.2.2	Salientando a atuação da enfermagem .....	187
5.7.2.3	A atuação do médico .....	187
5.7.2.4	A atuação do fisioterapeuta .....	188
5.7.3	Contando com os serviços de apoio .....	189
5.7.4	Trabalhando em equipe .....	190
5.7.4.1	Solucionando problemas .....	193

5.7.4.2	As interações profissionais .....	194
5.7.4.3	Reconhecendo potencialidades e fragilidades .....	196
5.7.4.4	Procurando ser exemplo .....	197
<b>5.7.5</b>	<b>Mantendo o fluxo de trabalho .....</b>	<b>197</b>
<b>5.7.6</b>	<b>Agregando novos profissionais .....</b>	<b>198</b>
<b>5.7.7</b>	<b>Transmitindo informações sobre o paciente para a família .....</b>	<b>199</b>
<b>5.7.8</b>	<b>Tentando humanizar o ambiente .....</b>	<b>203</b>
5.7.8.1	A humanização relacionada aos pacientes .....	205
5.7.8.2	A humanização relacionada à família .....	207
5.7.8.3	A humanização relacionada aos profissionais .....	209
<b>5.7.9</b>	<b>Reconhecendo a presença e a importância da família no processo de cuidado .....</b>	<b>210</b>
5.7.9.1	Apontando requisitos para ter um acompanhante ao lado do paciente .....	213
5.7.9.2	Buscando a interação entre profissionais e familiares .....	215
5.7.9.3	Buscando a participação da família nas decisões em relação ao paciente .....	216
5.7.9.4	Pedindo e encontrando forças em Deus e na religião .....	219
5.8	ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA ACEITAR E LIDAR COM A MORTE .....	219
<b>5.8.1</b>	<b>Ficando angustiados com o sofrimento e a morte dos pacientes .</b>	<b>220</b>
5.8.1.1	Tendo dificuldades para comunicar a morte do paciente à família ....	222
<b>5.8.2</b>	<b>Ficando frustrados e sensibilizados com a internação prolongada dos pacientes e com a presença de pacientes terminais .....</b>	<b>225</b>
<b>5.8.3</b>	<b>Encarando a morte de diferentes maneiras .....</b>	<b>229</b>
<b>5.8.4</b>	<b>Evitando interagir efetivamente com os familiares .....</b>	<b>230</b>
<b>5.8.5</b>	<b>Precisando da ajuda de psicólogo para os profissionais da UTI .</b>	<b>233</b>
<b>5.8.6</b>	<b>Precisando abordar e trabalhar a morte com os profissionais ..</b>	<b>234</b>
5.9	RESUMO DOS RESULTADOS .....	235
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>239</b>
6.1	SUSTENTANDO A VIDA NO AMBIENTE COMPLEXO DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	241
6.2	CUIDANDO E MONITORANDO O PACIENTE CONTINUAMENTE .....	244
6.3	UTILIZANDO TECNOLOGIA ADEQUADA E DIFERENCIADA .....	249
6.4	PROPORCIONANDO UM AMBIENTE ADEQUADO .....	250
6.5	TENDO FAMILIARES COM PREOCUPAÇÃO .....	256
6.6	MEDIANDO FACILIDADES E DIFICULDADES .....	258
6.7	ORGANIZANDO O AMBIENTE E GERENCIANDO A DINÂMICA DA UNIDADE .....	263
6.8	ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA ACEITAR E LIDAR COM A MORTE .....	278

<b>7</b>	<b>AS RELAÇÕES E INTERAÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA À LUZ DO PENSAMENTO SISTÊMICO .....</b>	<b>287</b>
7.1	A REDE DE APOIO, A ORDEM/DESORDEM E PERTURBAÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UTI .....	290
7.2	CONVIVENDO COM CERTEZAS, INCERTEZAS E CONTRADIÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UTI ....	295
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>301</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>309</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>325</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..</b>	<b>327</b>
	<b>APÊNDICE B – Relatório do Doutorado Sanduíche realizado na <i>Universität Bielefeld</i> – Alemanha .....</b>	<b>331</b>
	<b>APÊNDICE C – A observação participante realizada nas UTIs do <i>Hospital Klinikum Mitte</i> de Bielefeld – ALEMANHA .....</b>	<b>361</b>
	<b>APÊNDICE D – Mensagens deixadas pelos participantes da pesquisa .....</b>	<b>369</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>381</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFSC .....</b>	<b>383</b>
	<b>ANEXO B – Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética em Pesquisa da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS .....</b>	<b>387</b>



## APRESENTAÇÃO

O presente estudo possui como foco central o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, voltado para a integralidade do cuidado, à humanização e à ambiência acolhedora.

O ambiente de cuidados em UTI é um ambiente complexo que envolve relações, interações, significados, valores, crenças, emoções, contradições e incertezas, e um cuidado multidimensional. Por esse motivo, o estudo teve como referencial teórico a visão sistêmica e os pressupostos do pensamento complexo, baseados, principalmente, nas obras de Edgar Morin.

A partir da apreensão e compreensão do significado coletivo das experiências e expectativas acerca do ambiente de cuidados em UTI, acompanhadas de intensa e constante interação com os dados da presente pesquisa, bem como de reflexões, interpretações e observações realizadas, com o auxílio da análise comparativa, conforme prevê o método Grounded Theory, utilizado nesse estudo, foi possível construir a teoria substantiva: “**Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva**”.

A presente Tese encontra-se dividida em 08(oito) Capítulos, distribuídos da seguinte maneira:

No **Capítulo 1** situam-se as vivências profissionais e de pesquisa da pesquisadora principal, a pergunta de pesquisa, os objetivos e a tese;

No **Capítulo 2** apresenta-se a contextualização de aspectos relacionados ao cuidado e ao ambiente de cuidados em UTI, que compreende 04(quatro) partes: o cuidado de enfermagem; alguns aspectos sobre o ambiente hospitalar; o ambiente de Unidade de Terapia Intensiva e, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS e a ambiência acolhedora no cuidado em UTI.

No **Capítulo 3** destaca-se a visão sistêmica do ambiente do cuidado e o pensamento complexo.

No **Capítulo 4** encontra-se descrito em detalhes o método utilizado e a maneira como foi conduzido o estudo.

No **Capítulo 5** serão descritos os resultados obtidos com a presente pesquisa, a partir do Modelo Teórico construído, que diz respeito à teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”.

No **Capítulo 6** as 08(oito) categorias que integram a teoria substantiva construída nesse estudo, serão discutidas, uma por uma, com outros estudos publicados e acessíveis nas bases de dados nacionais (Base de Dados de Enfermagem - BDENF e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS) e internacional (Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE), entre os anos 2006 a 2010, levando em conta também outras referências disponíveis na literatura.

No **Capítulo 7** serão apresentadas as relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva do pensamento sistêmico/complexo.

Finalmente, no **Capítulo 8** serão apresentadas as considerações finais do presente estudo.

# 1 INTRODUÇÃO

“Nenhum paciente cai de pára-quadras dentro da Unidade de Terapia Intensiva”

(Marli Backes)

O ambiente do cuidado possibilitado pelas relações de cuidado nas suas múltiplas dimensões pode ser compreendido como o espaço social e físico no qual ocorrem as interações e interdependências dos seres humanos com os demais seres que integram a natureza, proporcionando, dessa maneira, o viver em harmonia e/ou o viver saudável (SILVA; ERDMANN, 2002).

Nessa perspectiva surge, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, um conceito mais abrangente de saúde no Brasil, no qual a saúde passou a ser entendida como resultado das condições de alimentação, trabalho, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Esse novo conceito de saúde, em sua dinamicidade e interatividade, pode ser considerado como sistêmico e é compreendido como o resultado das formas de organização social, que podem ocasionar grandes desigualdades sociais em função das influências favoráveis ou desfavoráveis e a multiplicidade de fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, todos interdependentes e inter-relacionados numa cadeia sistêmica, aos quais é atribuída grande importância, principalmente, no cenário econômico e político atual do nosso país (SILVA; ERDMANN, 2002; GEOVANNI, 2006).

Pela compreensão sistêmica, é possível argumentar que a saúde depende, em grande parte, mais do meio ambiente e do estilo de vida do que de profissionais e recursos tecnológicos, pois, o ser humano, cada vez mais vêm sendo acometido por doenças degenerativas, provocadas pelo estresse, pela alimentação inadequada e pela poluição do meio ambiente, que advém dos desequilíbrios funcionais, decorrentes das transgressões provocadas no meio ambiente e também da incapacidade

humana para lidar com os fatores socioeconômicos e políticos (AYRES et al., 2006).

O desenvolvimento tecnológico desordenado e inquestionável, possibilitado pelas diferentes formas de construir e destruir, requer dos profissionais da saúde de modo geral, a capacidade de desenvolver uma consciência ecológica sistêmica relacionada às questões ambientais e de cidadania, para a promoção do envolvimento sustentável. O ambiente ecológico está relacionado ao cuidado com a vida, incluindo todos os seres vivos e o meio ambiente em geral, com a finalidade de preservá-la, promovê-la e equilibrá-la, através das relações e interações múltiplas de cuidado (SILVA; ERDMANN, 2002).

A partir de 1960, iniciaram-se as percepções acerca da necessidade da preservação dos recursos naturais e dos ecossistemas, momento esse em que o ser humano começa a se dar conta das ameaças que vêm sofrendo em decorrência do desenvolvimento desordenado e da industrialização, bem como suas conseqüentes implicações na vida humana e planetária. Nessa época, começam a surgir os movimentos ambientalistas decorrentes dos fatos acontecidos nas décadas anteriores, na tentativa de instaurar um processo reflexivo acerca da preservação do ambiente natural. Assim, gradativamente, vêm se intensificando a construção de conhecimentos focados no viver saudável, hospitais saudáveis, ambientes saudáveis, cidades saudáveis, municípios saudáveis, considerando o viver com melhor qualidade de vida e o ambiente do cuidado na sua relação com a dimensão ecológica (SILVA; ERDMANN, 2002; VARGAS, 2003).

A partir de um pensamento mais sistêmico da realidade, evidenciam-se tendências menos egocêntricas nas e entre as relações e interações humano-ambientais. Ou seja, são possibilitadas relações menos verticalizadas e hegemônicas entre o ser humano e o meio ambiente. Além disso, o surgimento da ética ambiental também vêm contribuindo com uma nova consciência de conceber a natureza e a interatividade e circularidade nas relações humanas com o ecossistema. O ser humano passa a ser visto como parte integrante da natureza e começa a preocupar-se com as suas ações e intervenções, levando em consideração a preservação da saúde, a qualidade de vida e as relações com o meio ambiente como um todo (BOFF, 2004b; GEOVANNI, 2006).

Acompanhando os crescentes debates acerca das questões ecológico/ambientais, o cuidado como processo e produto de múltiplas relações, interações e associações, vem adquirindo significado vital nos diversos espaços da sociedade, visto que a crise ambiental está afetando os mais variados aspectos da dimensão humana e social. Em outras palavras, as questões ambientais não dizem mais respeito apenas aos ambientalistas ou especialistas do assunto, mas assumiram dimensões que envolvem a participação ativa e responsável de todos os seres humanos, disciplinas e profissões, especialmente, dos profissionais comprometidos com a vida e a saúde. E, desse contexto, fazem parte os profissionais da saúde/enfermagem, enquanto cidadãos comprometidos com a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, mas, sobretudo, enquanto cuidadores, educadores e promotores de um viver mais saudável, com base nos valores da cidadania, para o desenvolvimento da auto-sustentabilidade pessoal, social e ambiental (VARGAS, 2003; GEOVANNI, 2006; CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2006; BACKES, 2008).

Os aspectos relacionados ao ambiente do cuidado em saúde e ao ambiente terapêutico de cuidado na enfermagem, não são novos. Nesse processo, é preciso destacar o protagonismo de Florence Nightingale (1820-1910), a precursora da enfermagem moderna. Em sua teoria ambientalista, Florence já apontava o ambiente como espaço terapêutico, como espaço do cuidado, levando em conta as condições ambientais, tais como as influências da ventilação, do ar, da água, dos alimentos, da higiene, da limpeza e do calor, como fatores capazes de contribuir para potencializar a saúde dos indivíduos, auxiliando no processo de reparação instituído pela natureza no organismo humano, ou favorecendo o agravamento das doenças e a morte. Assim, a meta da enfermagem para Florence era proporcionar ao ser humano um ambiente de cuidado acolhedor, motivador e integrador, e com as melhores condições para que a natureza possa agir sobre ele, de forma harmônica, com tudo aquilo que o cerca. Ela também levava em conta a inter-relação entre o ambiente físico, social e psicológico e as influências desses no processo saúde/doença, buscando manter a saúde e curar as doenças, dando à enfermagem uma característica de atividade integradora, contextualizada e ecológica (MELO; FIGUEIREDO, 2003; GEOVANNI, 2006).

O protagonismo de Florence, no entanto, não terminou aí. A temática acerca do ambiente do cuidado ou ambiente terapêutico vêm se

configurando e ganhando corpo com a introdução da disciplina “Saúde Ambiental e Ecologia” no currículo dos cursos de enfermagem. Isso representa um avanço para a enfermagem ao antever o que essa profissão representa frente aos grandes desafios globais da atualidade que afetam a humanidade e o meio ambiente como um todo, ao mesmo tempo em que possibilita aos futuros profissionais a conscientização da importância das ações de enfermagem frente a esses desafios (GEOVANNI, 2006).

De acordo com a mesma autora, com esses avanços gradativos e contínuos, o cuidado de enfermagem também pode e deve ser compreendido como uma atitude ecológica, ao oferecer condições que visam restabelecer a saúde e o bem-estar dos pacientes, proporcionando aos mesmos uma interação constante com o ambiente em que vivem ou se encontram, mesmo que em diferentes espaços. O próprio profissional de enfermagem se relaciona e interage com o ser que cuida durante o processo de cuidar, ao realizar observação, ao comunicar-se com ele, através da intuição e da sensibilidade, conferindo uma dimensão subjetiva ao ato de cuidar, ao mesmo tempo em que o profissional de enfermagem também é capaz de reconhecer a sua própria natureza, estabelecendo o sentido ecológico de sua ação.

A prática do profissional de enfermagem acontece em ambientes de cuidado diversificados, podendo utilizar vários recursos, preparando e otimizando o ambiente para que esse seja terapêutico e saudável. Assim, pode-se questionar: em que circunstâncias podemos considerar um ambiente como terapêutico e saudável? Todo o ambiente saudável é ecológico? (SILVA; ERDMANN, 2002). E, ainda, que ambiente pode ser considerado ambiente de cuidado ou ambiente terapêutico de cuidado?

Segundo Silva e Erdmann (2002), o ambiente de cuidado requer que sejam criadas as condições favoráveis à saúde, promovendo um ambiente saudável e construtivo e com relações interpessoais harmônicas, vitalizadoras e potencializadoras de energias positivas para um viver melhor. Significa dizer que o ambiente de cuidado precisa envolver, necessariamente, um processo interativo, associativo e ético, na família, no local de trabalho, nas instituições e serviços de saúde e na sociedade, isto é, nos diferentes espaços sociais.

Ainda segundo os mesmos autores, a compreensão do ambiente como espaço natural e habitat dos seres humanos e dos seres vivos em

geral, no sentido biológico, físico e social, requer a construção de conhecimentos sobre o cuidado ecológico, o ambiente que cuida e que propicia o cuidado ao ser humano e o próprio cuidado do meio ambiente, como processos de cuidado que envolvem múltiplas dimensões.

Estudo realizado por Camponogara, Kirchhof e Ramos (2006) sobre enfermagem e ecologia, a partir de um levantamento da produção científica na base de dados, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando as bases: Base de Dados de Enfermagem – BDNF, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE, e o banco de dissertações e teses do Portal Capes, com os descritores: enfermagem, ecologia, meio ambiente, ética e desenvolvimento sustentável, constatou que a produção científica sobre a temática é incipiente e relaciona-se mais com reflexões teórico-filosóficas, uso de referenciais específicos e educação em saúde. As autoras concluíram que torna-se necessário consolidar uma produção científica que fundamente as ações de enfermagem e saúde, não apenas teoricamente, mas também na prática.

Estudo realizado sobre o cuidado ecológico em um hospital geral de grande porte na cidade de Pelotas/RS, envolvendo funcionários com diversas funções, e entre eles uma equipe de enfermagem, demonstrou que os mesmos evidenciam que existe uma preocupação geral com a problemática ambiental, mas ainda muito pontual. Os participantes enfatizaram a necessidade de uma maior conscientização e educação ambiental, voltada para os diferentes atores do hospital e sociedade em geral, visto que a preocupação parece ainda estar relacionada quase que exclusivamente à separação, reciclagem e destino adequado do lixo, ao invés de uma compreensão mais sistêmica da realidade (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009).

Outro estudo realizado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis/SC, com o objetivo de compreender o significado do cuidado ecológico na visão dos estudantes e professores dos cursos de graduação da área da saúde da referida instituição, constatou que a temática precisa ser abordada como um tema transversal, envolvendo todas as disciplinas, a fim de fomentar uma consciência ecológica sistêmica (KOERICH et al., 2010).

De um modo geral, na área da enfermagem, a produção científica sobre saúde e ecologia ainda é recente, tanto no nível nacional como internacional e, o número de países envolvidos ainda é pequeno e, entre eles, os Estados Unidos é o país responsável por quase metade das produções mundiais, o Brasil por 26%, enquanto os demais países apresentam pequenas proporções (CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2006). Entretanto, segundo as autoras, entre a produção brasileira, já se percebe uma preocupação, embora ainda tênue, em incluir a dimensão ecológica no ensino e na prática na área da enfermagem e saúde, sendo que alguns estudos têm articulado a ecologia ao processo de trabalho dos profissionais da saúde, o que é considerado fundamental, uma vez em que se acredita que é a partir da prática profissional que as mudanças poderão ser efetivadas.

A temática do ambiente do cuidado também parece ser uma temática ainda emergente que, gradativamente, precisa fazer parte dos debates acadêmicos a fim de alcançar uma compreensão ecológica, tanto no sentido de ambiente local, quanto de ambiente global.

Nessa perspectiva, o ambiente do cuidado em saúde/enfermagem precisa ser melhor 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, o espaço internacional, as relações interpessoais, as interações com os demais profissionais da saúde e familiares, bem como as interações com o meio ambiente.

O ambiente do 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 (MORIN, 2005). 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.

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 um aparato tecnológico e informatizado de ponta, que apresenta um 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 (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008; MARTINS; ROBAZZI; GARANHANI, 2009; FERNANDES; PULZI JÚNIOR; COSTA FILHO, 2010). Por esse motivo, no imaginário coletivo de algumas pessoas leigas, a UTI ainda continua tendo a conotação de um ambiente de morte, porque imaginam que o paciente nela internado vai morrer.

Dessa maneira, a UTI, muitas vezes, é estigmatizada, podendo gerar concepções errôneas em relação à assistência e atitudes da equipe (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008). Da mesma forma, a UTI também é vista como um ambiente que gera mitos, sentimentos e sensações contraditórios, tais como, angústia, medo, tristeza, dor e sofrimento, segurança e insegurança, tanto nos pacientes e familiares, como nos profissionais que atuam nessa unidade.

O cuidado prestado em UTI encontra-se fundamentado nos princípios do pensamento cartesiano/mecanicista, baseado no conhecimento racional e positivista, que concebe o corpo em partes fragmentadas, onde a racionalidade parece superar a subjetividade (PORTO et al., 2009a; PORTO et al., 2009b).

No entanto, ter um ambiente de UTI adequado para a assistência, que comporta tecnologia diferenciada e profissionais capacitados e atuantes, no qual se oferece um cuidado técnico de alta qualidade, a partir de um modelo de assistência biologicista, linear, pontual, fragmentado e mecanizado, sem cuidar das demais dimensões que integram o ser humano, já não basta, pois o mesmo já não consegue mais dar conta da complexidade dos cuidados que um paciente internado numa UTI requer.

Embora o paradigma cartesiano seja importante e necessário frente às práticas de cuidar em UTI, é preciso adotar também novos referenciais que concebem a saúde e a doença como algo que transcende a função biológica, indo além do órgão afetado, para cuidar do paciente como um todo (PORTO et al., 2009a), auxiliando dessa forma nos cuidados prestados nesse ambiente, com o objetivo de oferecer um cuidado humanizado, contextualizado e integral.

Esse modelo de assistência à saúde baseado na objetividade, com o enfoque na doença e nos sintomas por ela produzidos, em detrimento da subjetividade dos sujeitos afetados, especialmente notório nas UTIs, sugere que o cuidado no ambiente de UTI precisa abranger tanto os aspectos objetivos quanto os subjetivos, para que a UTI seja um ambiente racional e afetivo (MERCÊS; ROCHA, 2006), uma vez em que “o corpo vivo é subjetividade” (BOFF, 2004b, p.143).

O Ministério da Saúde instituiu no ano de 2005 a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico que preconiza que o atendimento de terapia intensiva seja organizado e prestado numa perspectiva sistêmica, que abrange não apenas o ambiente de UTI, tradicionalmente fechado e restritivo, e sua influência assistencial sobre as demais unidades do hospital, mas também a sua relação com outras unidades e serviços de saúde, entre eles os serviços de atendimento de urgência móveis e não-móveis, a relação e influência existente com outras unidades de atendimento a pacientes críticos, com diferentes níveis de complexidade e/ou especialização, como também com o universo social, no qual está inserida a família e outros, que encontram-se envolvidos com a UTI, a fim de ampliar nossos conceitos para que mudanças qualificadoras concretas sejam discutidas e implementadas, uma vez em que as UTIs fazem parte do sistema de atendimento à saúde, cuja atuação representa uma parte da assistência que é sistêmica, globalizante, referenciada, hierarquizada, pactuada e regulada pelos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade assistencial (BRASIL, 2005).

O pensamento sistêmico/complexo representa, nessa direção, uma alternativa capaz de contribuir com o pensamento racional do paradigma cartesiano ainda predominante nas UTIs, frente ao 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.

O ambiente de cuidados em UTI precisa ser favorável e acolhedor para todos os envolvidos na unidade, e todos precisam ser considerados como parte integrante, sejam eles pacientes, familiares, profissionais, gestores ou integrantes da rede e/ou serviços de apoio ao paciente crítico, que atendem o mesmo antes, durante e após a internação na UTI.

Os familiares não podem ser excluídos ou deixados para um segundo plano, pois a presença dos mesmos é fundamental devido a responsabilidade que têm em relação ao paciente, porque são eles que trazem e levam as informações sobre o paciente, são eles que falam pelo paciente quando ele mesmo não consegue falar, e também são eles que mostram as especificidades do cuidado ao paciente.

Os pacientes internados na UTI encontram-se fisiologicamente muito alterados e necessitam de uma assistência direta e intensiva para reverter essa instabilidade biofisiológica na qual se encontram. Mas, ao lado disso, também é preciso cuidar da dimensão espiritual, social e emocional, a fim de tratar o paciente, não como um objeto, mas como um ser humano que necessita ser assistido e cuidado de modo integral.

O ambiente de cuidados deve propiciar segurança, conforto e relações harmônicas com o meio ambiente e deve ser o mais natural possível, para que não venha a desencadear o estresse e/ou outros agravos à saúde. Também deve ser o espaço em que as ações de cuidado sejam melhor realizadas, considerando o ambiente, os recursos humanos e materiais, e as múltiplas possibilidades interativas e associativas. O próprio hospital faz parte da rede de relações e interações sociais e ecológico-ambientais que, tanto pode favorecer como dificultar a recuperação da saúde dos pacientes.

Dessa maneira, questiona-se: será que é importante e pertinente preocupar-se com o ambiente para se desenvolver o cuidado? Será que os ambientes de cuidado, de modo geral, propiciam conforto, bem-estar e são o mais natural possível? Até que ponto o ambiente de cuidados em UTI contribui para a recuperação da saúde e o bem-estar dos pacientes nela internados?

Acredita-se que o ambiente também cuida, como também necessita de uma relação de cuidado, para que se constitua num espaço terapêutico e possa potencializar as energias humanas vitais, para um viver melhor e um viver saudável.

Como o enfermeiro e os demais profissionais da saúde/enfermagem se posicionam em relação a isso? Que aspectos eles consideram importantes em relação ao ambiente de cuidados em UTI? Afinal, é preocupação do enfermeiro o ambiente/espaço/lugar do cuidado, como a limpeza, a ética e a estética, a organização, a separação e o acondicionamento adequado do lixo, o silêncio, a luminosidade, a

ventilação, as relações e interações com os pacientes, familiares e profissionais, as relações de trabalho, dentre outros?

A partir da Política Nacional de Humanização, os ambientes acolhedores, dentre outros, são altamente estimulados e se constituem elementos importantes para que o paciente/usuário se sinta acolhido em um ambiente de saúde hospitalar ou outros que, ocasionalmente, ainda podem lhe causar desconforto, temores e insegurança (BRASIL, 2004). A política de humanização preconiza o estabelecimento de ambientes de cuidado humano, que sejam saudáveis e onde prevalece a cultura do respeito e valorização do ser humano que adocece e necessita de cuidados, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006b).

Compreender o significado do ambiente de cuidados em UTI na perspectiva do cuidado humanizado, inclui, não somente as atribuições técnicas dos profissionais da saúde, mas também a capacidade de compreender o paciente e sua família enquanto seres humanos, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas de vida. Implica, pois, na construção de um ambiente terapêutico, possibilitado pelas interações e necessidades reais dos indivíduos. Logo, é possível humanizar o ambiente de cuidados em UTI, para que o mesmo desperte segurança, conforto e condições favoráveis para o restabelecimento da saúde e o conforto dos pacientes, ou ainda, em última instância, proporcionar-lhes uma morte digna.

Com a Política de Humanização, os hospitais e outros serviços de saúde buscam, como já fora dito anteriormente, tornar os ambientes de cuidado mais acolhedores, mais voltados para as singularidades e necessidades dos pacientes e seus familiares, favorecendo-os, ajudando-os e proporcionando-lhes bem-estar. Nesse sentido, por que o ambiente hospitalar não pode também apresentar um jardim colorido, permitir a visita de crianças e animais de estimação aos pacientes, e/ou a presença de outros elementos que integram as singularidades desses e tornem os ambientes do cuidado o mais familiar possível? Numa relação custo-benefício, não será mais proveitoso aliar ao tratamento medicamentoso o conforto terapêutico do ambiente do cuidado? O que de fato é mais restaurador para o paciente?

No vai e vêm do dia-a-dia profissional, indo do hospital à unidade básica de saúde e, desta aos domicílios, emergiram ainda, uma série de outros questionamentos, que dizem respeito aos micro-espços

do sistema de cuidados em saúde, dentre outros: qual o significado que os profissionais da saúde/enfermagem atribuem ao ambiente do cuidado? De que forma os profissionais da enfermagem podem contribuir para a construção de ambientes mais saudáveis? Como abordam estas questões nos seus locais de trabalho?

Com base nessas questões, a pesquisadora principal buscou durante a realização do Curso de Especialização - Administração em Saúde Pública com ênfase em serviços e, a partir do Curso de Mestrado em Enfermagem, cuja Dissertação procurou investigar a influência da poluição ambiental no processo gestacional e nascimento de crianças com baixo peso (BACKES, 2004b), desenvolver uma consciência ecológica e ambiental no campo da saúde, capaz de compreender o cuidado como um fenômeno complexo, interligado e sistêmico.

Os estudos desenvolvidos possibilitaram, além da ampliação do foco de visão, uma nova compreensão de sociedade, de ambiente, do ser humano e do próprio cuidado em saúde. Todavia, com o desejo de ampliar ainda mais a compreensão do cuidado na perspectiva da promoção e potencialização da saúde nos ambientes do cuidado, pelo olhar da complexidade, a pesquisadora principal propôs-se a buscar novas respostas capazes de auxiliar na compreensão do ambiente de cuidados em UTI como um todo, considerando que a assistência em saúde, seja ela prestada em ambiente de UTI ou em qualquer outro ambiente de cuidado, faz parte do sistema de saúde como um todo, que deve ser integrado e compreendido a partir de uma perspectiva sistêmica e global. Nesse sentido, o presente estudo encontra-se fundamentado nas seguintes **questões de pesquisa**: Qual o significado de ambiente do cuidado? E, qual o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, experienciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio?

Assim, ancorada em conceitos do pensamento da complexidade sistêmica e da racionalidade ambiental, mais especificamente nos autores – Edgar Morin, Fritjof Capra e Leonardo Boff, em trabalhos dessa natureza previamente realizados na área da saúde (ERDMANN, 1996) e em estudos que mostram a necessidade crescente de incluir a dimensão ecológica e social no processo de cuidar em enfermagem e saúde (SILVA; ERDMANN, 2002; CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2006; BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009; KOERICH

et al., 2010), busquei através do presente estudo, construir um modelo teórico a partir da compreensão do ambiente de cuidados em UTI, à luz da complexidade, com base nos **objetivos**:

- Compreender o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, experienciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio;
- Construir um modelo teórico sobre o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Assim, partiu-se do pressuposto de que a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de cuidados vivo, dinâmico e complexo que sustenta a vida e onde são experienciadas ações para a melhor recuperação da saúde dos pacientes. Esse pressuposto refere-se à própria Tese do presente estudo.

Acredita-se que esse estudo contribuirá de forma significativa para as melhorias nos ambientes de cuidado em UTI de um modo geral, e em especial, para as melhorias nos ambientes de cuidado em UTI Adulto, bem como, para fomentar uma maior consciência ecológica e sistêmica na saúde, além de instrumentalizar os enfermeiros para uma intervenção mais ativa e efetiva no que diz respeito à construção, manutenção e sistematização de “ambientes” favoráveis para a potencialização do cuidado em todas as suas dimensões.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDADO E AO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UTI

“Wenn ein Mensch auf eine Intensivstation eingeliefert wird, ist nicht nur er selbst, sondern die ganze Familie von diesem Ereignis betroffen”<sup>1</sup>.

(Martin Nagl-Cupal und Wilfried Schnepf)

Este Capítulo é composto por 04(quatro) partes. Inicialmente, será abordado o cuidado de enfermagem. Em seguida, serão apresentados alguns aspectos sobre o ambiente hospitalar. A seguir, o ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. Na sequência, a Política Nacional de Humanização e a ambiência acolhedora no cuidado em UTI.

### 2.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A enfermagem pode ser descrita como uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada. Há uma ampla variedade de elementos que interagem em sua composição e em sua prática. Um desses elementos é o cuidar, um constructo teórico considerado como central para a enfermagem, visto que, para os que exercem essa profissão, além de ser um imperativo moral pessoal, comum a todos os seres humanos, é também um imperativo moral profissional. (BRYKCYNSKA, 1997).

O cuidar representa uma ação que se exprime, entre outros modos possíveis, na transitividade relacional intersubjetiva que ocorre, no mínimo, entre duas pessoas presentes na situação e, no ambiente do cuidado, uma pessoa que assume o papel de cuidador e outra, que assume o papel de ser cuidado (GARCIA, 1996). Essa transitividade relacional é marcada e envolvida por uma complexa rede de interações e

---

<sup>1</sup> Traduzindo para o português: “Quando uma pessoa é internada em Unidade de Terapia Intensiva, não é só ela mesma que é afetada sobre este evento, mas também toda a família”.

associações, que se ampliam à medida que existe um ambiente de cuidado favorável, isto é, um ambiente motivador e interacional, potencializador das singularidades intersubjetivas.

O verbo cuidar, quando empregado no sentido de zelar pelo bem-estar, pela saúde de alguém, ou tratar da saúde de alguém (MICHAELIS, 1998), indica uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para a realização do cuidado. Ou seja, indica um processo relacional que ocorre consciente ou inconscientemente, através da adoção de um determinado modo de fazer, fundamentado em algum modo de ser e pensar.

A enfermagem, historicamente tem sido uma profissão constituída, em sua maioria, por mulheres, na maioria dos países (BOOTH, 2002), e vêm construindo o seu campo de conhecimentos próprio com enfoque no cuidado humano. Essa profissão, tendo surgido na Idade Média, prestava, inicialmente, cuidados com base em orientações religiosas e centrada na bondade e na benevolência. Somente mais tarde surgem as discussões sobre o cuidado em relação ao seu papel na enfermagem enquanto profissão, devido a necessidade do saber da enfermagem se concretizar na prática cotidiana dos serviços de saúde (MAIA; VAGHETTI, 2008).

Na atualidade, há a existência do maior número de enfermeiros em todo o mundo, ou seja, a maior porcentagem dos últimos 60 (sessenta) anos e, a procura por enfermeiros vêm aumentando ainda mais. Entretanto, informações obtidas a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam um déficit de profissionais enfermeiros a nível mundial, tanto entre os enfermeiros clínicos como entre os docentes, decorrente de uma maior demanda por enfermeiros, uma vez em que o número de pessoas que optam pela profissão é pequeno, e os enfermeiros ativos já estão envelhecendo no mundo inteiro (BOOTH, 2002). Além disso, a autora destaca ainda que esse problema é agravado ainda mais pelo recrutamento que ocorre entre os países, levando os enfermeiros a migrarem dos países em desenvolvimento para países desenvolvidos.

A enfermagem, como uma das profissões que integra o cenário da saúde, que é visto como um sistema de organização complexo e que apresenta múltiplas conexões e inter-relações entre os seres humanos, dirigentes, políticos, profissionais e usuários, caracteriza-se pelo seu aspecto prático-interativo, que têm o cuidado como objeto de ser, fazer



e conhecer, através das atividades de assistência, ensino/educação, pesquisa e extensão e das atividades de gerenciamento, as quais podem ser desenvolvidas de forma integrada e concomitante, e aliadas à construção de novos conhecimentos e modos de ser e fazer (BACKES et al., 2008; KOERICH; ERDMANN, 2008). Desse modo, segundo esses autores, o papel do enfermeiro no sistema de cuidados deve ser visualizado como prática social, numa dinamicidade que abarca uma rede de relações, interações e significados, e um cuidado orientado pelos conhecimentos científicos e avanços tecnológicos, que requer o enfrentando dos desafios impostos pela sociedade e pela cultura do novo, buscando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade.

O enfermeiro têm sido identificado pelas pesquisas de opinião pública realizadas a nível mundial, como o profissional que mantém o sistema de saúde funcionando, como advogado do paciente e que se preocupa com os doentes e suas famílias, como um profissional que fornece saúde, como um educador e como o profissional que possui o nível mais elevado de integridade e honestidade (BOOTH, 2002). Por outro lado, a autora argumenta que existem vários fatores que são apontados como desencorajadores na escolha dessa profissão, entre eles destacam-se: ambientes de trabalho inadequados e insatisfatórios, a escassez de recursos humanos e materiais, pouca autonomia profissional, o pouco envolvimento nos processos decisórios, o modelo de atenção à saúde com o enfoque centrado na doença e a falta de incentivo para atuar na promoção da saúde, motivo pelo qual a profissão torna-se pouco atrativa.

Dessa maneira, surge na atualidade, a necessidade da superação do modelo biomédico nas ações de saúde, cujo enfoque está na doença e não no ser humano que abriga a doença, sujeito e autor da sua história. É preciso avançar, crescentemente, no sentido de transcender as práticas assistencialistas, nas quais o cuidado é realizado de forma rotineira, pontual, mecânica e reducionista. É preciso, portanto, empreender no sentido de potencializar o viver saudável pelo desenvolvimento do cuidado inovador, criativo e socialmente responsável. Em outras palavras, é preciso exercer um cuidado reflexivo a fim de transcender as ações mecanizadas ou desprovidas de sentido/significado (BACKES, 2008; BACKES et al., 2008).

Nessa perspectiva, o cuidado na enfermagem, na contemporaneidade, nos aponta alguns desafios éticos frente a convivência conosco mesmos, com os outros e com a natureza e nos suscita enquanto cidadãos e profissionais comprometidos com a saúde, ao compromisso social e à solidariedade, no sentido de promover a cidadania humana e ambiental. Suscita, em outras palavras, ao cuidado com o meio ambiente e com todas as formas de vida, na busca pela construção de uma nova sociedade, na qual os saberes e poderes sejam instrumentos de cuidado que proporcionam a convivência pacífica entre os seres humanos e todas as formas de vida no planeta (MAIA; VAGHETTI, 2008).

Torna-se indispensável, portanto, que o cuidado seja apreendido em suas múltiplas dimensões, com especial atenção à dimensão ambiental. É preciso que o cuidado de enfermagem, enquanto fenômeno sistêmico por excelência, esteja presente em todas as práticas profissionais, isto é, precisa permear as atividades de ensino, pesquisa e extensão no meio acadêmico, bem como as atividades assistenciais, para que encontre aderência com o Código Internacional de Enfermagem, que preconiza que o enfermeiro “deve também ser responsável pela manutenção do meio ambiente e protegê-lo contra o seu empobrecimento, degradação e destruição” (CAMPONOGARA; KIRCHHOF; RAMOS, 2006, p.399).

### **2.1.1 O cuidado, o ambiente e a enfermagem**

A tecnologia do cuidado é utilizada nos diferentes ambientes/espacos/lugares nos quais as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem, seja no domicílio ou nas instituições de saúde, e é intensificada e ampliada a sua complexidade e ambiente nas instituições, à medida em que os desvios da saúde se instalam (FIGUEIREDO; VIANA, 2006).

O espaço pode ser compreendido como “o lugar onde se vive, estuda, trabalha, diverte, mora ou no qual, temporariamente, se fica internado” e, dentro do qual nosso corpo se movimenta e interage, sendo que em cada espaço desses existe uma infinidade de interações sistêmicas (NASCIMENTO et al., 2006, p.19). Esses autores fazem uma diferenciação entre espaço e lugar. Definem o espaço como o

“território da ação”, no qual tudo acontece e onde se encontram os objetos criados, os sistemas e maneiras de agir e reagir, sendo aberto para que as pessoas possam entrar e sair livremente. Já o lugar, pode ser mais fechado, em função de suas características e situações.

A casa, a escola, o hospital, a Unidade Básica de Saúde (UBS), o clube e a Igreja, dentre outros, são espaços que possuem algo em comum e se configuram como sistemas abertos. De acordo com Morin (2001; 2005), os sistemas abertos é que caracterizam a parte dinâmica da interação com o meio ambiente. Nessa perspectiva, o ser humano, em sua relação com o meio ambiente é, portanto, um ser em constante interação e interdependência com os demais seres vivos e não vivos presentes na natureza.

Boff (2004b), ao se referir ao ambiente de cuidado da casa onde moramos, faz uma alusão às diversas atitudes de cuidado envolvidas, como o cuidado material, o cuidado pessoal, social, ecológico e espiritual da mesma, e assim as descreve

Preocupamo-nos com as pessoas que nela habitam, dando-lhes atenção, garantindo-lhes as provisões e interessando-nos com o seu bem-estar. Cuidamos da aura boa que deve inundar cada cômodo, o quarto, a sala e a cozinha. Zelamos pelas relações de amizade com os vizinhos e de calor com os hóspedes. Desvelamo-nos para que a casa seja um lugar de benquerença, deixando saudades quando partimos e despertando alegria quando voltamos. Alimentamos uma atitude geral de diligência pelo estado físico da casa, pelo terreno e pelo jardim. Ocupamo-nos do gato e do cachorro, dos peixes e dos pássaros que povoam nossas árvores. Tudo isso pertence à atitude do cuidado material, pessoal, social, ecológico e espiritual da casa (BOFF, 2004b, p.33).

Da mesma forma que cuidamos do nosso ambiente domiciliar, devemos também cuidar do ambiente em que atuamos como profissionais do cuidado, enquanto profissionais de enfermagem e

promotores do viver saudável. O envolvimento profissional não deve ser apenas com o fazer técnico em relação ao paciente. Precisamos também cuidar do entorno, ou seja, de tudo aquilo que faz parte desse ambiente, como o espaço físico, os recursos humanos e materiais, as condições de higiene e limpeza, a separação adequada do lixo, a ventilação, a aeração, a iluminação, a presença de riscos, o silêncio, as relações interpessoais com o paciente e com a sua família, com a equipe de enfermagem e também com a equipe interdisciplinar, isto é, promover um clima favorável para um viver e trabalhar/agir melhor.

O cuidado, como ação de enfermagem, se dá nos espaços/lugares/ambientes, desde os tempos mais antigos e, reafirmado por Florence Nightingale, no século XIX. Nesses espaços/lugares, as tecnologias utilizadas, que podem ser naturais ou artificiais, envolvem a iluminação, a sonoridade, a aeração e os riscos, que podem ser físicos, químicos, biológicos, psicológicos e mentais (NASCIMENTO et al., 2006).

As questões como a iluminação, a aeração, a sonoridade e os riscos são elementos que fazem parte do ambiente do cuidado da enfermagem. O Enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem e do espaço/ambiente em que atua, é responsável também pelas questões que envolvem os cuidados com o funcionamento e a manutenção da unidade na qual atua, a fim de proporcionar conforto ao paciente/usuário e evitar desconfortos e agravos, bem como, proporcionar treinamentos com o pessoal de enfermagem, para lidar com os riscos, aos quais estão expostos no ambiente do cuidado.

A iluminação e a aeração podem ser naturais e/ou artificiais e envolvem tecnologias e técnicas para a sua manutenção e funcionamento. Em relação a aeração, tem-se o ventilador e o ar condicionado. No caso do ventilador, esse faz o ar circular para todo o espaço e, em seu movimento pode espalhar a poeira do ambiente ou a que se deposita em suas hélices. Há presença de microorganismos na poeira, que podem causar alergias e trazer complicações para as pessoas debilitadas, motivo pelo qual é preciso limpá-lo frequentemente (NASCIMENTO et al., 2006).

O ar condicionado torna o ambiente refrigerado, podendo provocar choques térmicos e adaptações bruscas, que podem interferir no desempenho orgânico normal. Com isso, muitos indivíduos apresentam congestão nasal, mal-estar e calafrios (NASCIMENTO et

al., 2006). Segundo os autores, uma das ações de cuidado, especialmente, em ambientes fechados, é a limpeza do filtro do ar-condicionado, que precisa ser higienizado periodicamente, uma vez em que o ambiente frio favorece o crescimento de certos microorganismos, os quais se proliferam constantemente.

Em relação à sonoridade, é preciso considerar os equipamentos tecnológicos que produzem sons, como os equipamentos eletrônicos conectados aos pacientes em situação de risco, os respiradores mecânicos, as bombas de infusão e cardioscópios, que provocam ruídos excessivos e podem causar desconforto, tanto para os pacientes, quanto para a equipe de saúde. Por outro lado, a poluição sonora pode, gradualmente, reduzir a audição, um problema comum nas grandes cidades e, um indivíduo “pode excitar-se com o som alto, mesmo que isso irrite o sistema auditivo e o sistema nervoso, enquanto uma música com volume mais baixo ou suave pode relaxar, proporcionando conforto e paz interior” (NASCIMENTO et al., 2006, p.24).

Assim, para amenizar barulhos e ruídos oriundos, principalmente, dos aparelhos ligados aos pacientes numa UTI, é aconselhável a presença da música suave que proporciona relaxamento e conforto ao paciente, e também, pode amenizar o estresse da equipe de saúde.

Quanto aos riscos físicos, químicos e biológicos, esses estão presentes nos diferentes ambientes nos quais se vive, tanto no nosso domicílio, como nos locais de trabalho. A enfermagem, em seu local de trabalho está exposta aos mesmos, devido a presença de diversas substâncias e aparelhos que manipula (NASCIMENTO et al., 2006). Nessa perspectiva, a compreensão do ambiente de cuidado é fundamental e altamente estimulador, para proporcionar espaços mais interativos, criativos e favoráveis para um viver e um trabalhar melhor.

## 2.2 ALGUNS ASPECTOS SOBRE O AMBIENTE HOSPITALAR

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, em seu Art. 4º define o hospital como um estabelecimento de saúde “dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de

atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa” (BRASIL, 2010a).

O processo de cuidar num ambiente hospitalar segundo Waldow (2006), envolve a cultura organizacional que influencia no modo como se processará o cuidado. Entre seus componentes destaca-se o ambiente organizacional que compreende o ambiente físico, administrativo, social e o tecnológico. Enquanto o ambiente físico e o administrativo podem ser considerados como componentes estruturais, o social faz parte do componente afetivo que envolve a valorização do cuidado na instituição e, o tecnológico, por sua vez, responde pela parte tecnológica, presente nas ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e de cuidado. A autora descreve 04(quatro) ambientes conforme segue, e alega que os mesmos estão inter-relacionados e deveriam contribuir para as práticas de cuidado.

O ambiente físico compreende a estrutura física e suas instalações, que precisam ser adequadas, incluindo materiais e equipamentos em quantidade suficiente e com condições para o uso, de forma segura. Já o ambiente administrativo envolve a direção da instituição e as chefias dos serviços e das equipes, que precisam estar conscientes e motivadas a fim de valorizar o cuidado. Nesse sentido, cabe à administração da instituição providenciar recursos humanos e materiais suficientes e de qualidade, com o objetivo de proporcionar uma assistência qualificada, bem como, cabe à mesma apoiar os profissionais no planejamento e no desenvolvimento das atividades na prestação do cuidado (WALDOW, 2006).

Ainda de acordo com a mesma autora, o ambiente social reflete a valorização do cuidado em todos os departamentos e unidades da instituição, por meio de atitudes e relações estabelecidas. Permite o funcionamento harmônico através da atenção, paciência, solicitude, bom humor, boa vontade e respeito no encaminhamento das questões da organização. E, por último, o ambiente tecnológico inclui todas as ações que contribuem para o cuidado do paciente, como a comunicação e informação nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, a ajuda funcional, entre outros.

Nessa mesma direção, os estudos realizados por Ray (1989) constataram que na área administrativa o cuidado esteve relacionado à maneira como o mesmo era desempenhado, principalmente, no que se refere à obtenção de recursos humanos e materiais, preservando a

economia da instituição. Nesse caso, às enfermeiras era atribuída a função da manutenção da política e da economia na organização onde atuavam, para que o cuidado direto ao paciente pudesse ser realizado adequadamente. Já para os profissionais da Clínica Médica, variou bastante o significado do cuidar. Na unidade oncológica foi ressaltado a dimensão espiritual do cuidado e a intimidade. Por sua vez, na UTI foi enfatizado o caráter técnico por excelência. No serviço de emergência, o cuidado foi associado ao significado técnico, político e legal e, na unidade de pediatria, foram valorizadas as dimensões do cuidado relacionadas à segurança, manutenção do trabalho e envolvimento.

Assim, as expressões e atitudes de cuidado parecem estar relacionadas às especificidades de cada unidade ou serviço, como no caso a idade do paciente, a situação de saúde em que o mesmo se encontra, a gravidade da doença, sendo que nas unidades mais críticas, como na UTI e nos serviços de emergência, prevalece o cuidado técnico, ao passo que a dimensão espiritual está fortemente presente nas unidades em que há pacientes com doenças incuráveis, como o câncer.

## 2.3 O AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu após a II Guerra Mundial, durante a Guerra do Vietnã, na década de 1960, quando uma equipe de médicos e enfermeiros assistiam de modo improvisado e exemplar os soldados feridos que, diante da brutalidade da guerra encontravam-se em estado crítico e cujo atendimento precisava ser rápido e eficiente, a fim de não agravar ainda mais o estado de saúde dos mesmos, com o objetivo de salvar vidas (SILVA et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a UTI envolve um conjunto de elementos agrupados de modo funcional e destinados para 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 (BRASIL, 1998). Corroborando com o Ministério da Saúde, a ANVISA complementa ainda que a UTI é uma área crítica que se destina à internação de pacientes em estado crítico, que precisam de

monitorização e terapia, e uso e tecnologias para auxiliar no diagnóstico (BRASIL, 2010a).

Dessa maneira, pode-se dizer que a UTI é um ambiente de cuidados complexo, que possui recursos tecnológicos e humanos especializados para prestar cuidados intensivos, capazes de proporcionar condições para que os pacientes nela internados e com risco de morrer, possam recuperar a sua saúde.

Os Serviços de Tratamento Intensivo possuem várias modalidades e estão divididos segundo a faixa etária dos pacientes atendidos, assim denominados: Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Especializada (cardiológica, coronariana, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista. Denomina-se Centro de Terapia Intensiva (CTI) o agrupamento de duas ou mais UTIs, numa mesma área física, incluindo, quando existentes, as Unidades de Tratamento Semi-Intensivo (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010a).

Além dessas diferentes modalidades de UTIs, os Serviços de Tratamento Intensivo também contam com o Serviço de Tratamento Intensivo Móvel, que compreende uma frota de veículos devidamente projetados e equipados, além de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, com a finalidade de garantir suporte avançado de vida durante o transporte de pacientes graves ou de risco, tanto no atendimento de emergência pré-hospitalar, como no transporte inter-hospitalar (BRASIL, 1998).

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto, foco do estudo em questão, é destinada ao atendimento de pacientes que apresentam idade igual ou superior a 18(dezoito) anos, podendo admitir pacientes na faixa etária entre 15(quinze) a 17(dezessete) anos, caso assim tenha sido definido nas normas da instituição (BRASIL, 2010a).

A existência de UTI é obrigatória nos hospitais secundários ou terciários que possuem 100(cem) ou mais leitos para internação, sendo que o número de leitos de UTI em cada hospital deve ser o correspondente entre 6% a 10% do total de leitos existentes no hospital, dependendo do porte e da complexidade do mesmo, e levando-se em conta como parâmetro referencial 5% de leitos para UTI Adulto nos



hospitais gerais, sendo que o número mínimo de leitos de qualquer UTI deve ser 05(cinco) (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde também estabeleceu que toda UTI deve ocupar uma área física própria, dentro do hospital, apresentar uma unidade física exclusiva, de acesso restrito, tendo acesso facilitado às Unidades de Tratamento Semi-Intensivo, ao Centro Cirúrgico, ao serviço de Urgência/Emergência e, quando existentes no hospital, ao Centro Obstétrico, Ambulatório e demais unidades correlacionadas. Além disso, deve ficar assegurado o acesso diário de familiares e visitantes aos pacientes internados, conforme rotina e horários estabelecidos pelo Responsável Técnico e Chefia de Enfermagem (BRASIL, 1998).

A Terapia Intensiva é uma especialidade relativamente recente e se caracteriza pela alta tecnologia e capacitação profissional diferenciadas, cujo processo de implantação foi lento no Brasil. No entanto, as UTIs e os CTIs surgiram dentro de um período relativamente curto e têm sido classificados como unidades fechadas e com acesso restrito, tanto para o universo social que, devido as circunstâncias se encontra envolvido com essas unidades, especialmente, os familiares dos pacientes internados, como também, para as próprias estruturas assistenciais de saúde, seja a nível hospitalar ou extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

Tradicionalmente, a UTI têm sido concebida como uma unidade com circulações periféricas, que dispunha de pouca ou nenhuma visita, na qual os pacientes, geralmente, encontravam-se inconscientes, e a mesma era vista como um lugar para “morrer” (BICALHO, 2010). Segundo o autor, a concepção atual que se têm de UTI já é bem diferente, pois a mesma é vista hoje como um ambiente para “se recuperar e viver”, que abriga pacientes inconscientes e conscientes, possui circulações periféricas e internas, apresenta um ambiente com luz natural e visão exterior, na qual a visita dos familiares, amigos e conhecidos aos pacientes significa ajuda terapêutica e, embora a UTI continue sendo uma área de acesso restrito, não há a necessidade de paramentação, ou uso de roupas especiais para entrar.

Atualmente as UTIs continuam tendo grande repercussão, acompanhadas de evoluções técnico-científicas, especialmente, dos avanços da biotecnologia (SILVA et al., 2009) e são ambientes considerados estratégicos e fundamentais frente ao atendimento de

pacientes críticos que representam uma parcela importante no processo sistêmico assistencial em saúde (BRASIL, 2005).

Entretanto, o controle e a disponibilização assistencial desses ambientes, muitas vezes, foge das reais necessidades da população que deles necessita e que têm o direito à recuperação da sua saúde, garantido pela Lei nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990). Além disso, várias outras questões têm sido deixadas para um segundo plano, como: os critérios de admissão e alta dos pacientes, as disponibilidades assistenciais específicas, a avaliação dos resultados, a resolubilidade, os custos diretos e indiretos e a relação custo-benefício da assistência, entre outros, motivo pelo qual o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, que estabelece a necessidade da adoção de uma perspectiva sistêmica no atendimento em terapia intensiva, integrada ao ambiente hospitalar e aos demais serviços de atenção à saúde, acompanhada de qualificação progressiva em seus diferentes aspectos, tanto técnicos e tecnológicos, como organizacionais e humanizadores (BRASIL, 2005).

Estudos têm mostrado que há um entendimento comum de que a UTI é vista como um ambiente impessoal e desumano, que se destina a pacientes à beira da morte, atribuindo frieza e insensibilidade aos profissionais que trabalham em UTI (BETTINELLI; ERDMANN, 1998; NASCIMENTO; MARTINS, 2000). Além disso, também têm sido atribuídas diversas outras conotações ao ambiente de UTI, tais como: ambiente insalubre, ambiente estressante, ambiente considerado hostil, agressivo e invasivo e ambiente desconhecido e estranho para os pacientes e seus familiares (ROBAZZI; XELEGATI, 2003; BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008; BECCARIA et al., 2008; ALMEIDA et al., 2009).

Por outro lado, a UTI nem sempre é um ambiente frio e desumano para os pacientes, e isso parece estar relacionado com a postura dos profissionais que assistem os pacientes e também com o momento em que os pacientes se encontram, sendo que a dedicação por parte dos profissionais desempenha um papel importante para que a UTI seja vista de forma positiva pelos mesmos (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008). Portanto, o ambiente de cuidados em UTI pode ser menos frio, hostil e desumano para os usuários, sejam eles pacientes ou

familiares, através de um ambiente de UTI humanizado e acolhedor (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

### **2.3.1 O ambiente físico de UTI**

Quanto à infraestrutura física dos ambientes de UTI, devem ser seguidos os requisitos estabelecidos pela RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, considerando também as alterações contidas nas Resoluções RDC/ANVISA nº 307 de 14 de novembro de 2002 e RDC/ANVISA nº 189 de 18 de julho de 2003 (BRASIL, 2002a; 2002b; 2003; 2010a).

Assim, de acordo com essas Resoluções da ANVISA, todos os espaços devem ser adequados, de modo a facilitar o processo de trabalho, o conforto dos pacientes e o acolhimento dos familiares. Devem ser assegurados espaços para o cuidado de enfermagem, com um posto de enfermagem para cada área coletiva ou conjunto de quartos, que deve estar instalado de maneira que permita a observação visual direta ou eletrônica dos leitos. No caso de observação visual por meio eletrônico, a UTI deverá dispor de uma central de monitores.

Do mesmo modo, também são necessários os seguintes ambientes de apoio: área específica para a prescrição médica, sala de utilidades, quarto de plantão, banheiro para o quarto de plantão, sala administrativa, área de estar para a equipe de saúde, copa, rouparia, depósito de material de limpeza, depósito de equipamentos e materiais, sanitários com vestiários para funcionários, tanto masculinos como femininos, sanitário geral para os pacientes, que pode ser substituído quando se fizer uso de quartos individuais, por equipamento ou bancada, contendo lavatório e bacia sanitária juntos; sala de espera para acompanhantes e visitantes, com sanitário, que poderá ser compartilhada com setores afins do hospital, desde que seja dimensionada de forma a atender a demanda das unidades a que se destinam.

Além dos aspectos já mencionados, a ANVISA (BRASIL, 2002a; 2010a) estabelece que podem existir quartos ou áreas coletivas, ou ambas, sendo que os boxes das áreas coletivas de tratamento intensivo devem ter, no mínimo, 03(três) metros de largura, com 01(um)

metro para o leito do paciente e mais 01(um) metro em cada lateral. Entre os leitos deve ter, no mínimo, 02(dois) metros, com dispositivos que permitam a privacidade dos pacientes, quando necessário. A distância mínima entre as paredes e o leito dos pacientes deve ser de 01(um) metro. Também é necessário ter 01(um) quarto de isolamento para cada 10(dez) leitos, para casos específicos.

Em relação à iluminação no ambiente de UTI, a iluminação geral deverá estar numa posição que não incomode o paciente deitado. Além disso, é preciso ter iluminação para exame do paciente no leito, com lâmpada fluorescente no teto e/ou arandela, ter iluminação de cabeceira de leito e iluminação de vigília nas paredes (BRASIL, 2002a).

### **2.3.2 Recursos humanos na UTI Adulto**

Em relação aos recursos humanos na UTI Adulto, a RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010a) estabelece que deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

Além disso, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, para atuar exclusivamente na unidade, contendo, no mínimo, os seguintes profissionais: 01(um) médico diarista/rotineiro para cada 10(dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva; no mínimo 01(um) médico plantonista para cada 10(dez) leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 01(um) enfermeiro assistencial para cada 08(oito) leitos ou fração, em cada turno; no mínimo 01(um) fisioterapeuta para cada 10(dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18(dezoito) horas diárias de atuação; no mínimo 01(um) técnico de enfermagem para cada 02(dois) leitos em cada turno, além de 01(um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial, em cada turno; no mínimo 01(um) auxiliar administrativo, exclusivo da unidade; funcionários exclusivos para o serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Ao serem admitidos na UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar nesse ambiente. Da mesma forma, a ANVISA preconiza que a equipe de saúde da UTI deve participar de um programa de educação continuada, que contemple, no mínimo, normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; a incorporação de novas tecnologias; o gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e à segurança de pacientes e profissionais, e prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Todos os profissionais que trabalham na UTI precisam zelar pela preservação da identidade e da privacidade dos pacientes, assegurando aos mesmos um ambiente de respeito e dignidade; fornecer orientações aos familiares e aos pacientes, quando pertinentes, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta; promover ações de humanização da atenção à saúde e ambiência acolhedora e, quando possível, incentivar a participação da família na atenção ao paciente (BRASIL, 2010a).

### **2.3.3 A estrutura de serviços, materiais e equipamentos**

A ANVISA (BRASIL, 2010a), com o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das UTIs, visando a redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e ao meio ambiente, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento dessas unidades, conforme descritas a seguir.

Devem ser garantidos os seguintes serviços à beira do leito: assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistência fonoaudiológica; assistência psicológica; assistência odontológica; assistência social; assistência clínica vascular; assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica; assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica nas UTI Pediátricas e Neonatais; assistência clínica neurológica; assistência clínica ortopédica; assistência clínica urológica; assistência clínica gastroenterológica; assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise; assistência clínica hematológica; assistência hemoterápica; assistência oftalmológica; assistência de otorrinolaringológica; assistência clínica de infectologia; assistência clínica ginecológica; assistência cirúrgica geral em caso de UTI Adulto

e cirurgia pediátrica, em caso de UTI Neonatal ou UTI Pediátrica; serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; serviço de radiografia móvel; serviço de ultrassonografia portátil; serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; serviço de fibrobroncoscopia; serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica.

Quanto aos recursos materiais, no que se refere aos requisitos específicos para a UTI Adulto, cada leito deve ter, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais: cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios; 01(um) equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial por leito, com reserva operacional de 01(um) para cada 02(dois) leitos; estetoscópio; conjunto para nebulização; 04(quatro) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos, conhecidos como “bombas de infusão”, com reserva operacional de 01(um) equipamento para cada 03(três) leitos; fita métrica; além de equipamentos e materiais que permitam a monitorização contínua da pressão arterial não-invasiva, da temperatura, da frequência cardíaca e respiratória, da oximetria de pulso e da cardioscopia.

Além disso, cada UTI Adulto deve dispor, no mínimo, de materiais para punção lombar; materiais para drenagem líquórica em sistema fechado; oftalmoscópio; otoscópio; negatoscópio; 01(uma) máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada 02(dois) leitos; materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado; aspirador a vácuo portátil; equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro"); ventilômetro portátil; 01(um) capnógrafo para cada 10(dez) leitos; 01(um) ventilador pulmonar mecânico microprocessado para cada 02(dois) leitos, com reserva operacional de 01(um) equipamento para cada 05(cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02(dois) circuitos completos; 01(um) equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva para cada 10(dez) leitos, para os casos em que o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não tiver recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva; 01(um) conjunto de materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva para cada 05(cinco) leitos; materiais para drenagem torácica em sistema fechado; materiais para traqueostomia; foco cirúrgico portátil; materiais para acesso venoso profundo; materiais para flebotomia; materiais para monitorização de pressão venosa central;

materiais e 01(um) equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva para cada 05(cinco) leitos, com reserva operacional de 01(um) equipamento para cada 10(dez) leitos; materiais para punção pericárdica; monitor de débito cardíaco; 01(um) eletrocardiógrafo portátil para cada 10(dez) leitos; 01(um) kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento de emergências, para cada 05(cinco) leitos ou fração.

Da mesma maneira, a UTI Adulto deve dispor também de 01(um) equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, para cada 05(cinco) leitos; 01(um) marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador para cada 10(dez) leitos; 01(um) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar, para cada 05(cinco) leitos; materiais para curativos; materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado; dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente; 01(uma) poltrona com revestimento impermeável, destinada a assistir os pacientes, para cada 05 leitos ou fração; 01(uma) maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, para cada 10(dez) leitos ou fração; 01(um) equipamento para monitorização contínua de múltiplos parâmetros, como oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva, cardioscopia e frequência respiratória, específico para transporte, com bateria, para cada 10(dez) leitos ou fração; 01(um) ventilador mecânico específico para transporte, com bateria, para cada 10(dez) leitos ou fração; 01(um) kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo materiais e medicamentos para atendimento de emergências, para cada 10(dez) leitos ou fração; cilindro transportável de oxigênio; relógios e calendários posicionados de forma a permitir a visualização, em todos os leitos; refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

O hospital ao qual a UTI pertence deve dispor, na própria estrutura hospitalar, de serviços diagnósticos e terapêuticos, como centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de ecodopplercardiografia. Além disso, deve ser garantido acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, através de acesso formalizado, no que se refere à cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia neurológica, cirurgia ortopédica, cirurgia urológica, cirurgia buco-maxilo-facial, radiologia intervencionista, ressonância magnética,

tomografia computadorizada, anatomia patológica e exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico.

## 2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A AMBIÊNCIA ACOLHEDORA NO CUIDADO EM UTI

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu devido a necessidade de se qualificar e humanizar a assistência à saúde, isto é, melhorar a comunicação e a informação, reduzir os custos e proporcionar um ambiente de cuidado acolhedor e terapêutico (BRASIL, 2004).

A humanização da atenção à saúde diz respeito à valorização das dimensões “subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas” (BRASIL, 2010a, Art. N° 4).

As pessoas que buscam assistência à saúde encontram-se, na maioria das vezes, com uma doença ou em situação de doença, que afeta não apenas um órgão ou parte do corpo, mas a pessoa como um todo, que traz consigo fatores de ordem física, emocional, cultural, econômica e social. Consequentemente, as dores do paciente se unem às dores dos familiares e a de tantos outros pacientes já internados, com as suas histórias pessoais e familiares, proporcionando um agravamento ainda maior do seu estado de saúde. Os pacientes hospitalizados, salvo raras exceções, apresentam-se ansiosos, temerosos e inseguros diante do inesperado, condições essas que podem ser intensificadas por um ambiente desfavorável. É preciso compreender que o mundo do doente caracteriza-se, na maioria das vezes, por uma aparente ruptura com o seu mundo habitual, com as suas relações familiares, de trabalho e de amizade, dando a ideia de que a doença estabelece uma parada no percurso de seus projetos e expectativas de vida (BACKES, 2004a).

O profissional cuidador, nesse cenário, necessita reconhecer as particularidades de cada paciente, às quais dizem respeito à família, aos amigos, à religiosidade, ao lazer, ao tipo de alimentação, entre outros, que podem tornar especial a permanência do mesmo no hospital. Ao



deixar o seu lar, geralmente, o paciente passa a integrar um ambiente estranho e a ser cuidado por profissionais desconhecidos; muitas vezes, precisa dividir o seu quarto com outros pacientes e seus familiares; ocupa uma cama, às vezes, desconfortável; ouve ruídos, alarmes e sons que lhe provocam insegurança e desconforto; recebe cuidados íntimos, os quais podem lhe causar vergonha e constrangimento; sofre com os procedimentos invasivos e despersonalizados; fica sensibilizado com a dor de outros pacientes que gemem ao seu lado e, por fim, passa a modificar os seus hábitos rotineiros, enquanto se encontra internado (BACKES, 2004a; BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006b).

Como, então, humanizar esse ambiente de cuidados para que não se torne um agravante a mais para o paciente que já se encontra numa situação vulnerável pela própria doença? Como proporcionar um ambiente de cuidados humanizado na UTI, que seja favorável e que promove a ambiência acolhedora, frente à recuperação da saúde dos pacientes?

O termo ambiência está relacionado ao espaço, tanto físico quanto estético, psicológico ou social, arquitetonicamente organizado e animado para o exercício de atividades humanas. Nesse sentido, o termo ambiência vêm ganhando, gradativamente, relevância na área da saúde, na qual passou a ser entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, em que se efetivam as relações e interações do cuidado em saúde (BRASIL, 2010c).

A ambiência nos espaços de cuidado em saúde, transcende a dimensão técnica e formal dos ambientes físicos e passa a considerar os diferentes eventos/momentos que são construídos por meio das contínuas e intensas interações de cuidado (BRASIL, 2010c). Logo, trata-se de um espaço singular e, ao mesmo tempo complexo, que deve ser marcado pela atenção acolhedora, integrativa e resolutiva com a participação de todos aqueles que integram tal espaço vivo e dinâmico.

Proporcionar atenção acolhedora, portanto, faz referência ao termo acolhimento, considerado um dos aspectos norteadores do processo de humanização, por considerar o caráter subjetivo, singular e multidimensional de cada ser humano. No contexto da saúde, a humanização requer, além da qualidade técnica dos profissionais, a qualidade nas atitudes e comportamentos humanos.

Nesse sentido, a palavra humanizar está relacionada à capacidade de tornar humano, civilizar e dar condições humanas, com base em um ambiente acolhedor e inspirador de vida e saúde. Assim, é possível dizer que a humanização é um processo que se concretiza em um determinado espaço e tempo e a partir de atitudes humanas, comprometidas com a ética, o respeito e o cuidado com cada ser humano, como um ser singular e multidimensional (CASSATE; CORRÊA, 2005; BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006a).

A PNH têm como uma de suas diretrizes o compromisso com a ambiência acolhedora, que qualifica os ambientes de cuidado em saúde, através da organização do espaço destinado à assistência aos pacientes e trabalho dos profissionais, que seja saudável e acolhedor, a fim de contribuir com a qualificação das relações interpessoais. Essa compreensão de ambiência como diretriz da PNH é, portanto, norteadada por três eixos principais, quais sejam: o espaço que visa a confortabilidade; o espaço como elemento facilitador do processo de trabalho; e, a ambiência relacional como espaço de encontro entre os sujeitos e/ou espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho (BRASIL, 2006; 2009).

Ao se tratar de uma UTI, definida como um ambiente de terapia intensiva, que apresenta um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, e onde se presta assistência qualificada e especializada a pacientes críticos que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados, é importante que esse ambiente seja ao máximo confortável.

Dessa maneira, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, no item referente à humanização, preconiza o controle dos ruídos e da iluminação, a atenção para a climatização e iluminação natural, à presença de relógios visíveis para todos os leitos, o acompanhamento sistemático por parte da equipe de psicologia, a disponibilidade de divisórias entre os leitos, a garantia de, no mínimo, 03(três) visitas diárias programadas dos familiares aos pacientes, a garantia de informações sobre a evolução dos pacientes aos familiares com, no mínimo, um momento de encontro dos familiares com a equipe médica e, no mínimo, 03(três) momentos para Boletins diários, informando o estado de saúde dos pacientes (BRASIL, 2005).

Além de confortável, o ambiente de UTI precisa facilitar o processo de trabalho e ser instigador do ponto de vista relacional, de

modo a favorecer a singularidade dos usuários e trabalhadores. Para tanto, é importante que sejam valorizados os próprios componentes do ambiente, tais como, as cores, a luz, as texturas, os sons, os cheiros e a inclusão da arte nas suas diferentes formas de expressão. Esses componentes atuam, frequentemente, como qualificadores e modificadores do espaço/ambiente, podendo promover harmonia e uma sensação de bem-estar (BRASIL, 2010c).

Sob esse enfoque, a PNH estimula a construção de espaços coletivos e participativos, com a inclusão de diferentes saberes, a fim de problematizar os modos de operar, as práticas instituídas e os processos de trabalho dos diferentes profissionais envolvidos. Logo, a ambiência acolhedora proposta pela PNH pode e deve ser considerada uma importante estratégia para a qualificação do cuidado e do processo de trabalho em UTI, bem como, um aspecto facilitador, capaz de humanizar as relações de trabalho, com base na funcionalidade, garantia de biosegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam a flexibilização organizacional (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006a).

A ideia de “promoção de ambiência acolhedora” preconizada pela PNH, qualifica e fortalece as próprias Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária vigentes (BRASIL, 2002a; 2002b; 2003), conforme já descritas anteriormente.

Nessa direção, as discussões em torno da ambiência em saúde, precisam, necessariamente, incluir os gestores, os trabalhadores e os usuários na construção do projeto arquitetônico, a fim de explorar o vivido e problematizar o processo de trabalho e os modelos de atenção, que podem implicar, inclusive, em mudanças nas concepções e normas instituídas. Nesse processo de discussões, é importante que sejam consideradas também, as opiniões dos próprios usuários, principalmente, as relacionadas à iluminação, ventilação, ruídos, sons, cores, aspectos artístico-culturais, como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas.

A iluminação natural e/ou artificial é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização dos cuidados e atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante, quando se explora os desenhos e sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos pacientes, com focos

individuais, facilitando as atividades dos trabalhadores, como também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida em todos os ambientes, lembrando sempre que todo paciente têm direito a orientação no tempo, o que inclui ter a noção se é dia ou noite, se está chovendo ou se têm sol (STUMM et al., 2008).

Da mesma forma, é importante que sejam considerados os odores que podem estar presentes no ambiente, a fim de não interferirem no conforto e bem-estar dos pacientes e trabalhadores.

Quanto aos ruídos e sons, é necessário levar em conta o controle dos mesmos, mesmo que a música ambiental, em muitos casos, seja aconselhada. Estudo revela que a música ambiental, além de harmonizar o ambiente, também contribui, significativamente, na melhoria das relações de trabalho e, conseqüentemente, favorece a humanização do cuidado como um todo (BACKES et al., 2003).

As cores podem ser um recurso importante na harmonização do ambiente, uma vez em que a reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam os sentidos e podem promover o relaxamento, motivar para o trabalho, despertar o divertimento ou incentivar ao movimento. Podem proporcionar mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Ao se utilizar cores que ajudam a refletir ou absorver luz, é possível compensar sua falta ou minimizar seu excesso. É importante que o ambiente de UTI se assemelhe ao máximo à casa dos pacientes e profissionais, considerando que as cores auxiliam no estabelecimento do equilíbrio e contribuem para a harmonia do corpo, da mente e das emoções (LACY, 2000).

O respeito à privacidade e individualidade do paciente refere-se à proteção da sua intimidade, que pode ser proporcionada através do uso de divisórias ou até mesmo de cortinas e elementos móveis que permitam, ao mesmo tempo, a integração e a privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e possibilitando um atendimento personalizado (BERGAMINI, 2007). Assim, a arquitetura do ambiente da UTI desempenha um papel importante no que diz respeito à individualidade, à medida que organiza o espaço de acordo com as necessidades individuais e coletivas.

Algumas dicas para a implantação de um projeto co-gerido de ambiência em UTI, de acordo com a PNH, são válidas, tais como: criar um espaço coletivo para a discussão e a decisão sobre as intervenções no ambiente de UTI, por meio de oficinas de ambiência, incluindo

gestores do serviço/rede, profissionais da saúde e outros trabalhadores envolvidos com a UTI, representantes dos usuários, profissionais de arquitetura e engenharia; discussões sobre o modelo assistencial em saúde e o processo de trabalho; descrição dos espaços físicos necessários e seus arranjos, de acordo com o processo de trabalho que se pretende, dentre outros.

Com base no exposto, é possível argumentar que a ideia de ambiência está associada ao acolhimento, que pressupõe a criação de espaços de escuta e encontro entre os sujeitos, ou seja, de espaços de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, proporcionados pela iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já mencionadas. Refere-se também, à utilização de mobiliários que sejam confortáveis e adequados ao trabalho, e que estejam dispostos de maneira acolhedora, a fim de favorecer, principalmente, os processos intersubjetivos.

É preciso considerar que o encontro entre sujeitos sempre ocorre num determinado espaço, que pode tanto ser favorável e ampliar as relações intersubjetivas, quanto desfavorável e limitar e/ou desqualificar essas mesmas relações. Para tanto, o espaço, aqui denominado de ambiência, deve ser, ao mesmo tempo, favorável e acolhedor, como estimulador e facilitador do processo de trabalho, a fim de ampliar as possibilidades interativas e contribuir para o bem-estar de todos os envolvidos no processo.

A construção de um ambiente propício para a humanização passa, necessariamente, pelo resgate dos valores, sentimentos e atitudes que norteiam o modo de ser e agir dos profissionais nos diferentes espaços de cuidado em saúde. Desse modo, a ambiência humanizada contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o profissional que nela trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade e resolutivo.

Proporcionar um atendimento integral e humanizado ao paciente compreende, nessa direção, um ambiente de cuidado, marcado pelas relações humanas que envolvem o cuidador, a pessoa cuidada, a família, o ambiente propriamente dito, e a sociedade. O cuidado humanizado pressupõe, nesse sentido, um ambiente de cuidado humano, que inclui a

estética do ambiente, a equipe de trabalho, os sistemas de informação, a integração hospital-comunidade, de modo que todos trabalhem interconectados e inter-relacionados.

### 3 – A VISÃO SISTÊMICA DO AMBIENTE DO CUIDADO E O PENSAMENTO COMPLEXO

“Corpo é um ecossistema vivo que se articula com outros sistemas mais abrangentes. Pertencemos à espécie *homo*, que pertence ao sistema Terra, que pertence ao sistema galáctico e ao sistema cósmico. Nele funciona um sistema interno de regulação de frio e de calor, de sono e de vigília, dos fenômenos da digestão, da respiração, das batidas cardíacas, entre outros”.

(Leonardo Boff)

Com os crescentes e rápidos processos automatizados, surgiu a necessidade de se ir além do raciocínio mecanicista e começar a pensar numa relação de sistemas, para atender a complexidade dos processos organizacionais e ampliar os processos associativos (MORIN, 2005).

Essas e outras condições estimularam a busca do conhecimento acerca do sistema como entidade e não mais como um simples aglomerado de partes. Assim, define-se como sistema um conjunto de elementos interligados para formar um todo (CHIAVENATO, 2003), ou como noção para designar o conjunto de relações existentes entre esses elementos constituintes, formando o todo, de maneira que "sistema não é só uma constituição de unidade a partir da diversidade, mas também uma constituição de diversidade (interna) a partir da unidade..." (MORIN, 2005, p.260).

A tendência de se estudar os sistemas, não como um aglomerado de partes, mas como entidades complexas, capazes de integrar os fenômenos em seus diferentes contextos e possibilitar a interação circular ao invés da simples soma das partes, surgiu com a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), introduzida por Von Bertalanffy, entre os anos de 1940 e 1950.

Dessa maneira, o enfoque sistêmico surgiu pelo fato do tratamento por partes ter se mostrado insuficiente para atender os problemas sociais e práticos propostos pela moderna tecnologia, e

representa uma alternativa para a superação da visão mecanicista e fragmentada, marcada por processos isolados.

A concepção teórico-epistemológica de Bertalanffy concentrou-se, basicamente, na necessidade de inovar em busca de alternativas para os problemas de ordem e organização, dentre outros, excluídos dos programas da ciência mecanicista. Bertalanffy percebeu a necessidade de estudar os sistemas de forma global, envolvendo todas as interdependências de suas partes, considerando a necessidade de estabelecer uma rede complexa de interações, com princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, quer sejam de natureza física, biológica, social, ambiental, ou de qualquer outra natureza (BERTALANFFY, 1979).

O pensamento complexo retrata, a partir do exposto, um processo social, individual e ecológico, dinâmico e gradual, que demanda tempo, atitude, comportamento, e um esforço incansável pela busca de novas formas de ação e interação (ERDMANN et al., 2007).

Os 07(sete) princípios básicos da complexidade, de acordo com Morin (2004; 2005), são complementares e interdependentes entre si, auxiliam na compreensão do ser, viver e conviver em um ambiente – sistema, ou num ambiente de cuidados, possibilitado pelas múltiplas relações e interações. Os mesmos encontram-se descritos a seguir. Sendo assim:

O princípio sistêmico ou organizacional liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo o todo igualmente mais e menos que a soma das partes, e tendo algumas de suas qualidades inibidas pela organização do conjunto. Tudo está em relação e nada está isolado no universo, de modo que a organização é ao mesmo tempo uma unidade e uma multiplicidade.

No princípio hologramático as partes estão no todo, como o todo está inscrito nas partes, e cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas de algum modo contém o todo.

Já o princípio da retroatividade permite o conhecimento dos processos auto-reguladores e rompe com o princípio da causalidade linear, visto que um fenômeno global necessita de circuitos ou de um vai e vêm entre os pontos individuais e o conjunto.



O princípio da recursividade representa um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. A sociedade é produzida pelas interações entre os seres humanos, e essas interações produzem um todo organizador que retroage sobre os indivíduos, para co-produzi-los como seres humanos. Nesse sentido, o que eles poderiam ser não o seriam se não dispusessem da instrução, da linguagem e da cultura.

Pelo princípio da autonomia os seres vivos são autônomos, mas não independentes do meio externo. Assim como eles têm necessidades de retirar energia e informação de seu ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência, por isso são concebidos como seres auto-eco-organizadores.

O princípio da dialógica por sua vez, permite assumir, racionalmente, a inseparabilidade de noções contraditórias, tais como a ordem e a desordem, as certezas e as incertezas, para conceber um mesmo fenômeno complexo. Ou seja, esse princípio une duas noções que tendem excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Em outras palavras, isso significa que duas lógicas ou dois princípios estão unidos, sem que a dualidade se perca nessa unidade.

E por fim, o princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento opera no sentido da restauração do sujeito e torna presente a problemática cognitiva de que todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução por um espírito/cérebro numa cultura e num tempo determinados.

Para compreender o ambiente do cuidado na perspectiva da complexidade, é preciso reconhecer a sua natureza complexa e o processo de ser e conviver num ambiente ou sistema marcado pela interconectividade e interdependência com os demais sistemas sociais, no sentido de perceber a ordem, a desordem e a organização como elementos integrantes e, ao mesmo tempo, indutores de novos e mais complexos processos interacionais.

Uma inter-relação positiva no ambiente do cuidado abrange a dimensão ecológica, estabelecida a partir da harmonia nas relações entre os seres humanos e demais seres vivos e o meio ambiente, da qual depende a própria sobrevivência humana, uma vez em que a falta de harmonia nesse processo, poderá desencadear um desequilíbrio na

interação do ser humano com os demais seres vivos, favorecendo o surgimento de doenças (SILVA; ERDMANN, 2002).

De acordo com os mesmos autores, as interações e interdependências entre os seres vivos é composta por uma rede de envolvimento e pelo sentimento de pertença ao mundo natural, no qual o sentido da vida do ser humano ecológico se manifesta pelo respeito à natureza, pelo viver integrado no meio ambiente e com as energias sintonizadas ao planeta cósmico.

A qualidade do ambiente do cuidado está relacionada a fatores internos e externos, incluindo relações e interações entre os indivíduos envolvidos no cuidado, em um ambiente harmonioso, que depende das pessoas envolvidas, dos seus sentimentos, atitudes, conhecimentos e conscientização da importância das interações entre as pessoas e o ambiente (SILVA; ERDMANN, 2002).

Assim, a promoção do ambiente do cuidado envolve uma compreensão ampliada e sistêmica da realidade, que abrange as relações e interações familiares, sociais e ambientais. Para tanto, é preciso que o enfermeiro e os demais profissionais da saúde desenvolvam uma consciência ecológica, a partir de uma visão sistêmica, pela valorização do todo nas partes e das partes no todo, considerando a multidimensionalidade e as interdependências presentes no cuidado em saúde.

### 3.1 AS INTERAÇÕES DO CUIDADO NA PERSPECTIVA ECOLÓGICA

As inquietações em torno do ambiente do cuidado e suas interações não estão aí por acaso, pois percebe-se em toda parte a presença de sinais que sinalizam grandes devastações no meio ambiente e na humanidade. Esse conjunto de sinais que compõe a crise planetária, retrata, em última instância, um novo fenômeno que se convencionou chamar – descuido ambiental (BOFF, 2004b). Onde ficam os humanos racionais e pensantes, diante dessa alarmante e crescente crise humana e planetária? Como lidar com esse paradoxo cuidado-descuido numa sociedade marcada pelo individualismo, a indiferença e o consumo desenfreado?

Compreender as interações do cuidado na complexa teia ecológica significa compreender a multiplicidade e circularidade das relações, interações e interdependências que movem e preservam o fio condutor da teia da vida nas suas diferentes expressões e manifestações. A vida não pertence apenas aos seres humanos ou a uma determinada classe de indivíduos, mas se constitui numa propriedade, também do planeta. Para Capra (2005) não existe nenhum organismo que viva sem interações, isto é, que viva em isolamento, pois

...os animais dependem da fotossíntese das plantas para ter atendidas as suas necessidades energéticas; as plantas dependem do dióxido de carbono produzido pelos animais, bem como do nitrogênio fixado pelas bactérias em suas raízes; e todos juntos, vegetais, animais e microorganismos, regulam toda a biosfera e mantêm as condições propícias à preservação da vida (CAPRA, 2005, p.23).

Assim como a vida não pode ser apreendida fora do seu meio circundante, também o cuidado não pode ser compreendido senão com base nas interações e interdependências que movem a teia da vida. O cuidado, em outras palavras, deve ser apreendido como um acontecimento singular, complexo e multidimensional, que se efetiva por meio das interações humanas, sociais e ecológicas.

Cuidar é muito mais que um evento. É uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, porque requer uma atitude de compromisso, de responsabilização, de interação e de envolvimento afetivo e efetivo com o outro (BOFF, 1997; 2004b). Os seres humanos, de modo geral, têm uma necessidade de cuidado, de relacionamentos e interações.

A própria história humana registra evidências da coexistência de ações que manifestam o descuidado, o descaso, o abandono, a violência e outras práticas implícitas ou não, que ameaçam a vida planetária, nas chamadas sociedades civilizadas. É preciso compreender, portanto, que nenhum ser vivo existe por acaso, mas é parte de um todo, isto é, onde tudo convive com tudo formando uma imensa comunidade ecológica. Assim, Boff (2004a) refere que

Importa recuperar uma visão global da natureza e dentro dela as espécies e seus representantes individuais. Portanto, a ecologia é um saber das relações, interconexões, interdependências e intercâmbios de tudo com tudo, em todos os pontos e em todos os momentos. Nessa perspectiva, a ecologia não pode ser definida em si mesma, fora de suas implicações com outros saberes. Ela não é um saber de objetos de conhecimento, mas de relações entre os objetos do conhecimento. Ela é um saber de saberes, entre si relacionados (BOFF, 2004a, p.17).

Morin, nessa mesma direção, salienta que é preciso produzir um pensamento ecologizante amplo, complexo e complementar, isto é, um pensamento capaz de ligar e religar tudo a todos (MORIN, 2005). Nesse sentido, o cuidado como um fenômeno multidimensional têm estimulado uma nova ordem nas condutas relacionais e internacionais no campo da saúde e, especialmente, na enfermagem.

Compreender a lógica do cuidar/cuidado sob a emergência da complexidade, pressupõe um olhar diferenciado sobre as premissas ontológicas, epistemológicas e metodológicas, para compreender o cuidado como produto de múltiplas relações e interações sistêmicas. É preciso, no entanto, ampliar gradativamente a concepção de cuidado, seja no plano ontológico como um fenômeno inerente ao processo de viver humano, seja na dimensão epistemológica, através da interface entre o saber existente e o que pode vir a ser conhecido no sistema de cuidados em saúde, ou seja, pela inovação e ampliação de metodologias operacionais capazes de se integrarem na teia complexa da vida.

Na ampla e complexa teia de interações interpessoais, sociais e ambientais, o cuidado será capaz de ultrapassar o modo de ser trabalho a fim de alcançar o modo de ser relacional. Entretanto, sabe-se que na tentativa de maximizar a produção capitalista a todo e qualquer custo não existe cuidado. E, se não existe cuidado com o produto final, provavelmente também não existe cuidado com a matéria prima que o compõem. Se não existe com a matéria prima, também não haverá com o meio ambiente. E, se não há cuidado com o meio ambiente também não haverá com o ser humano e com os demais seres vivos. Logo, o cuidado só será pleno na sua dimensão ontológica, epistemológica e

metodológica, quando no modo de ser relacional possibilita as conexões dos opostos e antagônicos, a partir de uma teia de interações e associações complexas.

O cuidado ecológico não se constitui em algo abstrato, mas se materializa e potencializa por meio da reverência e do respeito à vida, independentemente das suas condições, espaço, tempo, organização, ambiente. Para além das diferenças, todos esses sistemas se sustentam e auto-reproduzem, por meio do cuidado enquanto um fenômeno vital, isto é, enquanto um fenômeno que garante a dinamicidade e circularidade existencial do universo.

Nessa direção, o cuidado ecológico é uma atitude de cuidado e de compromisso ético, voltado para a defesa do meio ambiente em todos os espaços e ambientes, envolvendo as relações e interações entre todos os seres que integram a natureza, como “responsabilidade consigo, com o outro e com o universo cósmico, de forma ampla e integradora” (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009, p.184).

Corroborando com esses autores e, a partir de uma concepção sistêmica, define-se no presente estudo o cuidado ecológico como um modo de ser e agir consciente, que envolve atitudes de respeito, responsabilidade, solidariedade e reverência a todas as formas de vida e das suas relações e interações com o meio ambiente, em todos os momentos, espaços e ambientes, de forma ampla e integradora, seja no domicílio, no local de trabalho, nas escolas e universidades, nos espaços públicos e privados, e em toda a parte.

O cuidado em saúde e enfermagem, inserido no sistema de cuidados mais amplo, e na perspectiva da complexidade, precisa ser ampliado para a dimensão ecológica e planetária, numa relação de complementariedade e interatividade, sem se limitar apenas ao espaço hospitalar e aos serviços de saúde. E, os profissionais de saúde por sua vez, necessitam ampliar os seus modos de ser ver e agir para além do seu local de trabalho, como sujeitos pró-ativos, éticos e comprometidos com o todo (BACKES; ERDMANN; BACKES, 2009).

Nessa perspectiva, o cuidado abrange dimensões amplas e complexas que vão desde o cuidado do indivíduo ao cuidado com a terra, a natureza, o cosmos. O cuidado, como um fenômeno complexo por excelência, necessita, sob esse enfoque, unir e integrar os diferentes

aspectos vitais, ameaçados pelo reducionismo mecanicista que desapropria a parte do todo e/ou o todo da parte.

Determinar o cuidado ecológico significa produzir um conhecimento complexo e sistêmico em saúde, a fim de alcançar a compreensão do cuidado existencial, como um bem-social insubstituível. Implica, ainda, na construção de redes não lineares que atravessam as diferentes áreas do saber, ou seja, que envolvem a transdisciplinaridade, e que coloquem a vida no centro e acima de todos os interesses. Assim, estaremos diante da emergência de um “novo paradigma de percepção e compreensão da realidade, inspirado pela ecologia que pretende superar a visão limitada e estreita da racionalidade instrumental moderna” (JUNGES, 2004), com vistas a alcançar uma compreensão ecossistêmica do ser humano.

O equilíbrio dos ecossistemas naturais é frágil e vulnerável, motivo pelo qual a intervenção humana no meio ambiente necessita de uma atitude de cuidado, respeito e preservação, atitudes essas que formam a base da ética ambiental, que é também a ética da vida e do planeta como um todo. Trata-se, contudo, de superar a mentalidade moderna.

... que vê o ser humano como independente e desconectado do seu ambiente vital, posicionado acima e diante da natureza reduzida a objeto, para compreendê-lo inserido numa rede de interdependências bióticas e sociais, das quais dependem a sua sobrevivência e o crescimento vital, humano e espiritual. O ser humano precisa entender a natureza como útero no qual foi gerado e nutriz que o alimenta e faz crescer. A natureza deve ser respeitada e preservada simplesmente porque é a matriz da vida, da qual o ser humano é o elo mais desenvolvido. A natureza não pode ser reduzida a servir apenas aos interesses humanos, porque a vida é um bem maior no qual o ser humano está inserido (JUNGES, 2004, p.61).

Estando fragilizada a matriz da vida, o próprio ser humano como sendo o elo mais desenvolvido na mesma, também se torna frágil e

vulnerável e, essa vulnerabilidade pode manifestar-se na dimensão física, psicológica e espiritual. A fragilidade do corpo, todavia, parece ser menos visível nos dias de hoje, visto que a vulnerabilidade psíquica vem expressando a indigência humana atual, em que as terapias psicológicas tornam-se necessárias e multiplicam-se (JUNGES, 2004). Segundo o autor, a vulnerabilidade psíquica se expressa por meio de uma fragilidade ainda mais profunda, relacionada à dimensão espiritual. Ainda segundo o autor, o materialismo e o relativismo imperantes na atualidade, fazem viver a insignificância da vida e o imediatismo do presente e, dessa maneira, a pessoa vive um nada interior e exterior. Entretanto, como promover a dimensão psicológica e espiritual hoje, para alcançar a dimensão sistêmica do cuidado?

A modernidade que procurou conferir ao ser humano auto-suficiência e recursos para vencer tudo e a todos, revelou, ao contrário, a sua vulnerabilidade interior, levando-o à manifestação da profunda fragilidade e interdependência, como se pode verificar

Apesar do ser humano tentar superar sua indigência, satisfazendo suas necessidades pelo trabalho, sua busca fundamental é por cuidado, porque a vida que o anima não é auto-suficiente, já que depende de diversas inter-relações que sustentam seu dinamismo vital no tempo. Por ser um vivente e enquanto vive, precisa de cuidado e dedicação. O pobre e o abandonado experimentam diariamente essa realidade: necessitam de cuidado e de ajuda constante para sobreviver. A presença deles recorda e motiva atitudes de cuidado (JUNGES, 2004, p.82).

Por fim, o cuidado com o meio ambiente, com o planeta terra, com a água e com tudo que existe e vive é uma necessidade urgente, vital e indispensável e, as soluções para salvar a terra implicam numa mudança de comportamentos cotidianos e políticos, privados e públicos, culturais e espirituais (BOFF, 2004b).

Dessa maneira, é preciso, crescentemente, trazer à tona a ecologia dos valores, a ecologia da permanente sintonia com o Criador e

todas as criaturas, a ecologia da reverência e da convivência fraterna (CAPRA, 2005).

Ao se tratar do sistema de saúde, também é preciso trazer à tona a perspectiva sistêmica em saúde, possibilitada pela interdependência entre os serviços disponíveis e favorecida pela rede de apoio local e regional, que abrange o nível individual, comunitário, social e ecológico. Assim, a concepção sistêmica de saúde baseia-se na concepção sistêmica do cuidado à vida.

Com base na revisão teórico-reflexiva realizada sobre o ambiente do cuidado e suas interações e associações com o ambiente natural, teve-se como pressuposto que a prática desenvolvida pela enfermagem e demais profissionais da saúde não pode se limitar ao cuidado pontual, que é linear, fragmentado, desconectado e focado apenas em um determinado serviço e espaço/tempo, como um fim em si mesmo, porque a saúde refere-se a atividades de melhoria da qualidade de vida, incluindo condições de trabalho, moradia, transporte, educação, renda, lazer e a incorporação de hábitos saudáveis. O cuidado como um fenômeno complexo, abarca a concepção sistêmica da vida, tornando-se parte integrante da realidade histórica, política, econômica, cultural e social. Assim, o cuidado em saúde é a base para o desenvolvimento humano, social e ambiental, que se efetiva e concretiza integralmente na complexa teia ecológica, da qual emana a vitalidade, a interatividade e a interdependência, para a construção de ambientes saudáveis.

Em suma, não existe vida sem cuidado, como não existe cuidado sem vida. Ambos os fenômenos se integram, complementam e retroalimentam por meio da complexa teia ecológica.



## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

“A pesquisa pode ser concebida como um processo circular, que envolve muitas idas e vindas e caminhadas em círculo antes de finalmente atingir um objetivo”

(Anselm Straus e Juliet Corbin)

Considerando que neste estudo buscou-se compreender o significado do “ambiente de cuidados em UTI” para os diversos atores envolvidos, a partir do referencial da complexidade, é preciso esclarecer, inicialmente, que a complexidade não possui uma metodologia específica, mas a mesma pode ter seu método, como bem descreve Morin:

O método da complexidade pede para pensarmos nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para restabelecemos as articulações entre o que foi separado, para tentarmos compreender a multidimensionalidade, para pensarmos na singularidade com a localidade, com a temporalidade, para nunca esquecermos as totalidades integradoras (MORIN, 2005, p.192).

A complexidade possibilita gerar um pensamento que liga, integra e enfrenta as certezas e incertezas, o acaso e o ocaso, a ordem e a desordem, a saúde e a doença, a vida e a morte e demais processos contraditórios presentes no “ambiente de cuidados em UTI”. Substitui a causalidade e a unidimensionalidade por um pensamento circular, que contempla a multidimensionalidade e unicidade das possibilidades interativas entre os envolvidos no cuidado, ou seja, entre os profissionais, gestores, pacientes e familiares, conforme ilustra a Figura 1 abaixo.

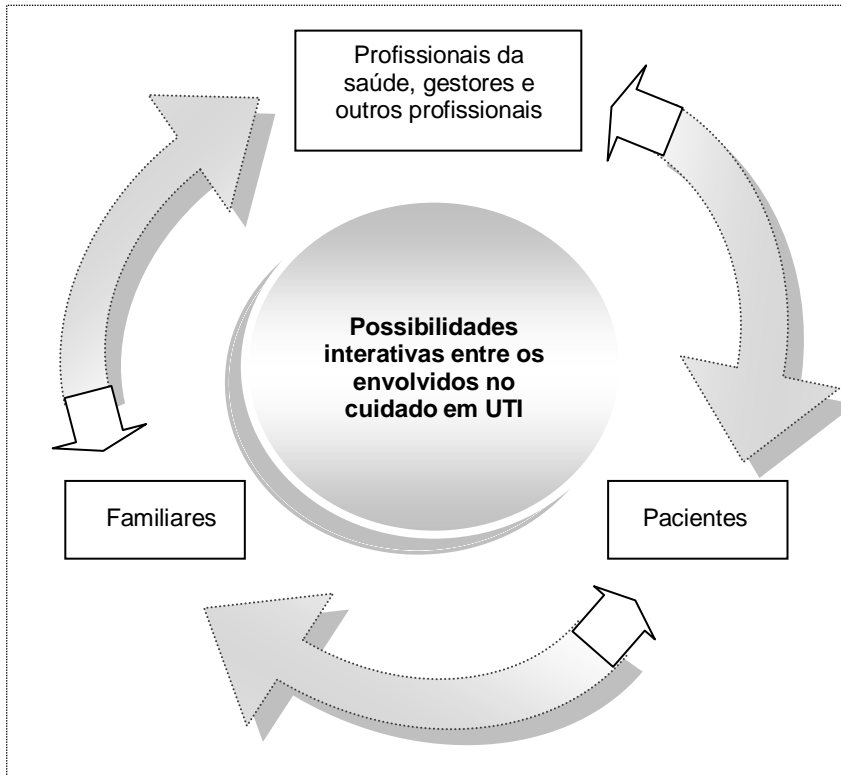


Figura 1: Possibilidades interativas entre os envolvidos no cuidado em UTI - Figura elaborada por Marli T. S. Backes (elaboração própria).

O propósito básico da ciência é gerar teorias ou ampliar uma teoria, sendo que teoria não constitui o reflexo da realidade, mas é uma “construção da mente, uma construção lógico-matemática que permite responder a certas perguntas que fazemos ao mundo, à realidade” (MORIN, 2005, p.179). Nessa direção, as teorias desenvolvidas pelos métodos qualitativos são uma reconstrução da verdade ou o desenvolvimento de novas perspectivas em relação a um determinado fenômeno social (CORBIN; HILDENBRAND, 2003). Em outras palavras, a teoria construída a partir de dados de pesquisa, tende a se parecer mais com a realidade, melhorar o entendimento, oferecer maior discernimento e fornecer um guia importante para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A complexidade está na origem de todas as teorias científicas, mesmo nas teorias mais simplificadas, de maneira que “a teoria, qualquer que seja ela e do que quer que trate, deve explicar o que torna possível a produção da própria teoria e, se ela não pode explicar, deve saber que o problema permanece” (MORIN, 2005, p.186). Diferentemente da lógica clássica, para a qual uma determinada verdade era considerada absoluta, o pensamento complexo abre possibilidades para a contradição entre duas noções teóricas, visto que a verdade aparece nas contradições e numa aparente confusão de ideias.

Com base no exposto, a opção metodológica para o estudo em questão, foi a Grounded Theory, também chamada Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Caracterizada como variante do Interacionismo Simbólico, enquanto pesquisa qualitativa, a Grounded Theory busca compreender o significado das relações e interações entre os fenômenos sociais, o entendimento da realidade, bem como da vida e da ação humana no mundo real (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). Nesse sentido, a Grounded Theory concebe a sociedade como um sistema formado por indivíduos que trocam informações, compartilham saberes e estabelecem interações recíprocas, enfim, que comunicam-se e compartilham significados como expectativas comuns (HAGUETE, 1992; CORBIN; HILDENBRAND, 2003).

As teorias podem ser desenvolvidas com base na indução e/ou dedução. Na Grounded Theory, a construção de teoria requer a interação entre o fazer induções, derivando conceitos a partir dos dados, e o fazer deduções, gerando hipóteses sobre as relações entre os conceitos ou hipóteses derivadas dos dados a partir da interpretação.

#### 4.1 A GROUNDED THEORY

A Grounded Theory foi originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss que, inicialmente, desenvolveram seus estudos na Universidade da Califórnia, São Francisco - USA, em torno de 1965. A Grounded Theory foi desenvolvida sistematicamente durante um estudo com pacientes terminais (GLASER; STRAUSS, 1967).

Embora Glaser e Strauss tenham originado e desenvolvido conjuntamente a Grounded Theory, no desenrolar da história os mesmos assumiram caminhos distintos. Sendo assim, é preciso saber diferenciar ambos os caminhos e se definir por um deles. O presente estudo foi orientado pelas concepções de Strauss e Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008), considerando também, outros estudos desenvolvidos posteriormente (BÜSCHER, 2007; BACKES, 2008; SOUZA, 2008).

A Grounded Theory tem como princípio básico desenvolver teoria sobre um fenômeno, a partir de dados de pesquisa, em vez de realizar apenas a descrição sobre um conjunto de resultados. Nesse sentido, “teoria” refere-se a “um conjunto de categorias bem desenvolvidas (ex.: temas, conceitos) que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.35). Segundo os autores, os conceitos, nesse processo, são considerados abstrações teóricas, baseadas nos dados empíricos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, desenvolver uma teoria, torna-se uma atividade complexa, pois envolve um processo longo e ativo, que implica conceber conceitos ou categorias, explorá-las sob várias perspectivas diferentes e organizá-las em um esquema lógico, sistemático e explanatório, considerando que os fenômenos são complexos e seus significados nem sempre são facilmente entendidos. Vale salientar que, nesse processo, cada pesquisador possui o seu jeito próprio de interpretar os fenômenos sob investigação.

Dessa maneira, procurar compreender a ação humana está relacionada à descoberta de categorias relevantes e das relações existentes entre as mesmas. As categorias surgem, nesse processo, a partir dos significados atribuídos ao fenômeno, isto é, a partir das interações sociais e vivências dos participantes do estudo. Logo, a Grounded Theory é capaz de explorar a diversidade da experiência humana nos diferentes contextos sociais e gerar teorias que possibilitam uma nova e ampliada compreensão sobre o fenômeno a ser investigado. O método possibilita, em outras palavras, construir hipóteses testáveis e gerar constructos teóricos para a teorização dos fenômenos sociais em estudo (STRAUSS; CORBIN, 1990, 2002, 2008).

Para os idealizadores da Grounded Theory, as teorias podem ser classificadas em “teorias formais” ou “teorias substantivas”. As teorias

formais são classificadas como menos específicas e se aplicam a um âmbito mais amplo de preocupações e problemas disciplinares, enquanto que as teorias substantivas são mais específicas e direcionadas (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

#### 4.2 AMOSTRAGEM TEÓRICA

O desenvolvimento da amostragem teórica é uma parte fundamental na Grounded Theory. Em vez de ser determinada no início da pesquisa, a amostragem teórica é desenvolvida durante o processo de investigação, visto que todos os procedimentos visam identificar, desenvolver e relacionar conceitos a partir das hipóteses emergentes.

O objetivo da amostragem teórica é “maximizar oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.196). A maximização das oportunidades, em outras palavras, permite comparar conceitos, buscar similaridades e diferenças, a fim de densificar as categorias, fazer diferenciações entre elas e especificar seu leque de variabilidade. Strauss e Corbin referem que

Amostragem teórica é cumulativa. Cada evento amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à análise de dados anteriores. Além disso, a amostragem se torna mais específica com o tempo porque o analista é dirigido pela teoria evolutiva. Na amostragem inicial, o pesquisador está interessado em gerar o máximo possível de categorias; dessa forma, ele coleta dados em um vasto leque de áreas pertinentes. Uma vez que o analista tenha algumas categorias, a amostragem se volta para o desenvolvimento, a densificação e a saturação dessas categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.196-197).

Nessa perspectiva, o pesquisador estabelece no decorrer do processo as características e a quantidade de dados que serão coletados,

bem como, quais e quantos serão os participantes. O pesquisador seleciona eventos e incidentes que são indicativos de categorias, com o objetivo de desenvolvê-las teoricamente e relacioná-las sistematicamente (CASSIANI, 1994; CORBIN; HILDENBRAND, 2003; BACKES, 2008). Para tanto, deverão ser coletados dados empíricos que se apresentarem relevantes no processo de construção ou ampliação da teoria. Diferentemente dos demais métodos qualitativos, o pesquisador não tem como prever no início do processo de investigação, quais os dados que serão relevantes, visto que a coleta e a análise das informações ocorrem concomitantemente, ou seja, com base nas hipóteses emergentes. Em outras palavras, a amostragem e a análise devem ocorrer concomitantemente, isto é, a análise guiando a continuidade da coleta de dados, com a finalidade de desenvolver sistemática e regularmente as categorias.

Para enriquecer e ampliar os significados em torno do fenômeno, é importante que a coleta de dados seja realizada em situações e com sujeitos ou grupos com características e práticas diferenciadas. É importante que a coleta de dados seja realizada com representantes múltiplos, a fim de maximizar a variação entre os conceitos e acrescentar novas perspectivas ao fenômeno em questão (CORBIN; HILDENBRAND, 2003; STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

Com base no exposto, o presente estudo foi conduzido baseado nos princípios da amostragem teórica. A coleta e a análise de dados, em sequências alternativas, compreenderam 04(quatro) etapas consecutivas. Assim, na primeira etapa foram realizadas 10(dez) entrevistas individuais com profissionais de saúde da UTI, 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), de Florianópolis/SC, que é um hospital público de grande porte, que existe há 30(trinta) anos, e possui um total de 271(duzentos e setenta e um) leitos. É considerado o maior hospital de ensino do Estado de Santa Catarina. É também referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades. Na época das entrevistas apresentava 10(dez) leitos de UTI funcionantes para adultos. Essa UTI será denominada nesse estudo de UTI 1.

Em seguida, na segunda etapa, foram realizadas 08(oito) entrevistas individuais e/ou coletivas com pacientes e familiares dessa mesma UTI e de duas outras UTIs (Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre/RS e Sociedade Hospital de Caridade de Santa Rosa/RS), e também, entrevistas individuais com mais 09(nove) profissionais, dos quais 08(oito) eram profissionais da saúde e 01(um) dos serviços gerais.

Na sequência, na terceira etapa, foram conduzidas 05(cinco) entrevistas individuais com profissionais da saúde e gestoras da UTI Adulto do Hospital São Francisco de Assis de Santa Maria/RS, localizado no Centro desse Estado. Esse é um hospital privado, de pequeno porte, que inaugurou a UTI com 10(dez) leitos para adultos no início de 2010. Essa UTI será denominada nesse estudo de UTI 2.

Na quarta e última etapa, foram realizadas 07(sete) entrevistas individuais com profissionais de saúde da UTI, profissional do serviço de apoio, gestor, familiar e paciente, da UTI Adulto da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS, que é um hospital filantrópico de grande porte. Existe há 153(cento e cinquenta e três) anos e possui 218(duzentos e dezoito) leitos. Atende pacientes do SUS, convênios e particulares. Apresenta 10(dez) leitos de UTI para adultos. É referência em alta complexidade em cirurgia cardíaca e nefrologia. Essa UTI será denominada nesse estudo de UTI 3.

Ao término da quarta etapa foi atingida a saturação dos dados. A seguir, será descrito com maiores detalhes o processo de coleta de dados.

#### 4.3 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados na Grounded Theory é um processo flexível e dinâmico que pode ser realizado de várias maneiras, como através de entrevistas, observações e outros e utilizando vários meios, como pessoas, locais e documentos. Nesse estudo, os dados foram coletados através de entrevistas em profundidade porque acredita-se que as mesmas possibilitam um espaço maior aos informantes para responderem e/ou falarem o que é importante para eles. Além disso, também foi realizada observação participante para conhecer e compreender melhor a dinâmica do ambiente de cuidados em UTI.

No total, a amostra foi composta por 39(trinta e nove) entrevistas, realizadas com 47(quarenta e sete) sujeitos diferenciados, tais como, profissionais de saúde da UTI e profissionais dos serviços de apoio que atuavam em UTI, pacientes que estavam internados na UTI ou que já haviam vivenciado essa experiência, e familiares que tinham um membro da família internado na UTI no momento da entrevista ou em momentos anteriores.

Conforme já mencionado acima, a coleta de dados foi baseada na amostragem teórica e foi realizada em 04(quatro) etapas distintas, que serão descritas conforme segue.

A primeira etapa consistiu de 10(dez) entrevistas individuais (Quadro 1) que foram realizadas com profissionais que atuavam na UTI 1. Entre eles, 07(sete) eram profissionais da saúde, dos quais 03(três) eram gestores. Os outros 03(três) eram profissionais dos serviços de apoio. Os critérios de inclusão dos participantes nessa primeira etapa, como também nas etapas seguintes foram: aceitar participar da pesquisa através da entrevista, permitir a gravação da mesma em gravador digital de voz e, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme consta no APÊNDICE 1. Para os profissionais da saúde e gestores levou-se em conta ainda, nessa primeira etapa, o fato de estarem atuando na referida UTI pelo menos há 02(dois) anos. Essa primeira etapa ocorreu entre os meses de junho a novembro de 2009 e levou 05(cinco) meses e, as entrevistas tiveram uma duração média de 34,3(trinta e quatro vírgula três) minutos.



N	Data da entrevista	Duração da entrevista	Entrevistado	Tempo de atuação em UTI	Outras unidades ou ambientes onde atua ou já atuou	Codinome
1	16/06/09	01:03:45	Enfermeira/Gestora	07 anos	Clínica Médica e Emergência	Organização
2	18/06/09	00:19:31	Médica*	26 anos	Emergência, UTI e Universidade	Alegria
3	18/06/09	00:30:08	Fisioterapeuta*	10 anos	Em duas outras UTIs e Universidade	Harmonia
4**	18/06/09	00:30:45	Escriturária	02 meses	Central de Incentivo ao Aleitamento Materno	Agradável
5**	18/06/09	00:29:22	Auxiliar de Limpeza	04 meses	Casa de família e em Edifício	União
6	28/06/09	00:30:00	Técnica de Enfermagem	03 anos	Clínica Médica	Luz
7	03/07/09	00:36:15	Técnica de Enfermagem	05 anos	Atenção Básica	Iniciativa
8	10/09/09	01:10:19	Funcionário da CCIH	03 anos	Universidade	Ética
9	15/09/09	01:01:23	Enfermeira/Gestora	Não informou	Universidade	Reflexão
10	10/11/09	00:52:57	Médico/Gestor	30 anos	Emergência, Unidade de Internação, Ambulatório e Universidade	Acolhimento

Quadro 1: Entrevistas realizadas com profissionais de saúde, gestores e profissionais dos serviços de apoio durante a primeira etapa da coleta de dados na UTI 1.

\* Já atuaram em UTIs de outros hospitais.

\*\* Os participantes das entrevistas número 4 e 5 tiveram um tempo de atuação menor de seis meses na referida UTI, devido a alta rotatividade de funcionários nessas funções.

Essa primeira etapa iniciou com 02(duas) entrevistas que foram realizadas com 02(duas) enfermeiras. A primeira foi escolhida por ser gestora da unidade e, a segunda, por indicação da primeira. Entretanto, vários meses após a entrevista, a segunda enfermeira desistiu de participar da pesquisa e, conforme os preceitos éticos desse estudo, a sua decisão foi respeitada e a mesma foi excluída da pesquisa. A questão que norteou essas 02(duas) entrevistas, além de outras que surgiram durante o processo de investigação foi: o que significa para você o ambiente do cuidado? As informações obtidas a partir dessas duas entrevistas indicaram que o ambiente do cuidado está relacionado ao local onde o paciente se encontra e recebe cuidados, mas também aos outros ambientes que fazem parte dos serviços de apoio, como a lavanderia, almoxarifado e outros, que são considerados ambientes de cuidado secundário (para a UTI), mas que também interferem no cuidado.

Dessa maneira, buscou-se entrevistar, além de enfermeiros, também outros profissionais da saúde, como médicos, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem e gestores, por terem uma atuação mais intensa na UTI, bem como, profissionais dos serviços de apoio, como escriturária e profissionais que atuavam na Limpeza e no gerenciamento dos resíduos hospitalares na UTI, os quais foram escolhidos aleatoriamente e/ou por indicação de outros profissionais que atuavam na UTI ou no hospital. Além da questão que norteou as duas primeiras entrevistas, foi incluída ainda uma segunda questão norteadora a partir da terceira entrevista: o que significa para você o ambiente do cuidado da UTI? E ainda outras que emergiram durante as entrevistas.

Os profissionais da UTI 1 que aceitaram ser entrevistados, colocaram como condição que as entrevistas fossem realizadas durante o próprio horário de trabalho. Assim, nessa primeira etapa, 01(um) enfermeiro e 01(um) técnico de enfermagem que foram convidados para serem entrevistados, haviam se recusado a participar da pesquisa, alegando não ter disponibilidade em função do trabalho e indicaram outros colegas para as entrevistas.

As respostas referentes às 10(dez) entrevistas dessa primeira etapa apontaram que ambiente do cuidado é uma terminologia não utilizada, ou pouco usada, mas que parece ser muito amplo e envolve um conjunto de situações, elementos e dimensões, como a estrutura física, a estrutura de materiais e equipamentos, a dimensão espiritual, a

ética, os valores e crenças, a própria filosofia da instituição e, sobretudo, as relações interpessoais entre as pessoas que fazem parte desse ambiente, pelo fato das pessoas contribuírem para a formação do ambiente e poderem torná-lo agradável, tranquilo e harmonioso.

Além disso, foi relatado pelos entrevistados que existem diversos ambientes, como o hospitalar, o domiciliar, e que cada um apresenta as suas especificidades, de maneira que ambiente do cuidado pode ser qualquer lugar onde têm alguém cuidando de alguém. Alguém que cuida e alguém que é cuidado. Por esse motivo, desde a primeira questão norteadora: “O que significa para você o ambiente do cuidado” vários entrevistados já começaram a falar do ambiente da UTI, por estarem atuando nesse ambiente de cuidados.

Em suma, segundo os entrevistados, o ambiente do cuidado é o espaço físico e tudo o que esse espaço proporciona para as pessoas que fazem parte do mesmo, como pode ser verificado na fala “o ambiente do cuidado é o espaço físico e tudo que se oferece ao paciente, familiares e aos servidores que trabalham nesse ambiente”.

Além disso, constatou-se também através dessas 10(dez) entrevistas referente à primeira etapa, que os pacientes internados na UTI sofrem muito e que os mesmos não desejam estar no ambiente da UTI, e que, de acordo com os profissionais da UTI, os familiares dos pacientes internados na UTI e pessoas leigas veem a UTI como um ambiente em que o paciente interna para morrer, diferentemente dos profissionais, que veem a UTI como um ambiente de vida.

A partir dessas considerações, partiu-se para a segunda etapa da coleta de dados, realizando 08(oito) entrevistas individuais e/ou coletivas com 16(dezesseis) participantes, dos quais 04(quatro) eram pacientes e 12(doze) familiares, conforme ilustra o Quadro 2 a seguir. As questões norteadoras para essas entrevistas foram: o que significa para você(s) o ambiente do cuidado da UTI? Fale-me da sua experiência enquanto paciente internado na UTI, e/ou fale(m)-me o que significa ser familiar de um paciente internado na UTI.

N	Data da entrevista	Duração da entrevista	Entrevistado	Idade em anos	Escolaridade	Ocupação	Município de origem	Codnome
11	10/11/09	00:30:33	Irmão de um paciente internado na UTI há vários dias devido pneumonia*	51	Ensino Médio	Encostado	Florianópolis/SC	Familiar 1 – irmão
12	12/11/09	00:38:24	Dois irmãos com a mãe internada na UTI há umasemana, devido TCE e AVC	50	Ensino Médio	Jornalista	Florianópolis/SC	Familiar 2 – filho
				46	Ensino Médio	Eletricitário		Familiar 3 – filho
13	15/11/09	00:42:01	<b>Paciente em pós-operatório, esteve internado na UTI por 29 horas para recuperação</b>	76	Ensino Fundamental incompleto	Aposentado	Florianópolis/SC	Paciente 1
			Esposa	75	Ensino Fundamental incompleto	Aposentada		Familiar 4 – esposa
			Filha	49	Mestrado em Agroecossistema	Socióloga		Familiar 5 – filha
14	17/11/09	00:19:05	Paciente, esteve internado na UTI 54 dias com diagnóstico de pancreatite	60	Ensino Médio	Aposentado	Seara/ SC	Paciente 2
			Esposa	56	Ensino Médio	Doméstica		Familiar 6 – esposa
15	18/11/09	00:38:42	Filha	34	Terceiro Grau incompleto	Estudante	Porto Alegre/RS	Familiar 7 – filha
16	02/12/09	00:48:02	Esposa	69	Ensino Fundamental incompleto	Aposentada	Florianópolis/SC	Familiar 8 – esposa
			Filho	49	Ensino Médio	Não informou		Familiar 9 - filho
			Nora	48	Ensino Médio	Do Lar		Familiar 10 – nora
			Cunhado	70	Ensino Fundamental incompleto	Aposentado		Familiar 11 - cunhado
17	04/12/09	00:10:00	Paciente, esteve internado na UTI devido pneumonia durante 20 dias	32	Ensino Médio	Encostado	Florianópolis/SC	Paciente 3
18	31/12/09	00:38:46	Paciente, esteve internada na UTI 27 dias devido infarto do miocárdio	49	Ensino Fundamental incompleto	Encostada	São Paulo das Missões/RS	Paciente 4
			esposo	48	Ensino Fundamental incompleto	Agricultor		Familiar 12 – esposo

Quadro 2: Entrevistas realizadas com pacientes e familiares durante a segunda etapa da coleta de dados, que vivenciaram a experiência de internação em três UTIs diferentes, enquanto paciente e/ou familiar.

\* Esse familiar já esteve internado na UTI de outro hospital há 18(dezoito) anos e teve também já cinco familiares internados na UTI: a mãe, uma irmã, um irmão, um cunhado e um sobrinho – três deles morreram na UTI.

As entrevistas N° 11, 12 e 16 foram realizadas com familiares de pacientes internados na UTI 1, logo após um dos horários de visita, pois esse era o único horário em que os mesmos alegaram ter disponibilidade. A entrevista N° 13 foi realizada 02(dois) dias após a alta do paciente da UTI 1, quando o mesmo encontrava-se no quarto, na Clínica Médica do mesmo hospital. Já a entrevista N° 14 foi realizada quando o paciente e sua esposa vieram visitar os profissionais da UTI 1, após 10(dez) meses de alta do paciente da UTI.

A participante da entrevista N° 15, refere-se a uma familiar que havia passado pela experiência de internação de seu pai na UTI do Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre/RS<sup>2</sup>, 07(sete) anos antes da entrevista, e foi entrevistada enquanto estava na UTI 1, realizando um estágio acadêmico. Por sua vez, a entrevista N° 17 foi realizada com um paciente enquanto o mesmo ainda estava internado na UTI 1. Essa entrevista iniciou na UTI, teve que ser interrompida devido as condições do paciente, e foi concluída alguns dias após, quando esse paciente já se encontrava no quarto, na Clínica Médica do mesmo hospital. Esse paciente também levou em conta a sua experiência de internação numa UTI de um outro hospital de Florianópolis/SC, em anos anteriores e, um dos familiares, ao ser entrevistado (entrevista N° 11), da mesma forma, também relatou a sua própria experiência de paciente internado na UTI desse mesmo hospital, também em anos anteriores.

E por último, a entrevista N° 18 foi realizada com uma paciente e seu esposo que passaram pela experiência de internação dessa paciente na UTI da Sociedade Hospital de Caridade de Santa Rosa/RS<sup>3</sup>, 16(dezesseis) meses após a alta da referida UTI e, os mesmos foram entrevistados no seu domicílio, no interior do Município de São Paulo das Missões. Essas entrevistas realizadas com os pacientes e familiares

---

<sup>2</sup> O Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre/RS existe há 31(trinta e um) anos, é um hospital de grande porte, possui 400(quatrossentos) leitos. É referência no atendimento médico-hospitalar de alta complexidade.

<sup>3</sup> A Sociedade Hospital de Caridade de Santa Rosa/RS, localizada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, é um hospital particular de grande porte, que possui 16(dezesseis) leitos de UTI para adultos.

transcorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2009 e duraram em média 25,5(vinte e cinco vírgula cinco) minutos.

Foi realizada também observação participante no ambiente da UTI 1 pela pesquisadora principal, que ocorreu durante essa segunda etapa da coleta de dados (ver item 4.4 mais adiante). Durante esse período de observações, ao procurar conversar com os familiares antes e durante os horários de visita, muitos familiares foram convidados para participar da pesquisa através da entrevista. Entretanto, houve inúmeras recusas dos mesmos que, apesar disso, continuavam conversando com a referida pesquisadora, demonstrando muita ansiedade e preocupação, além da necessidade de conversar, e relataram que é bom conversar, e que, ao conversarem com alguém se sentem mais aliviados, mas que não gostariam de ser entrevistados para a pesquisa.

Ainda durante as observações realizadas nessa UTI 1 e, após a segunda entrevista realizada coletivamente com 02(dois) familiares de uma paciente internada na UTI há uma semana, evidenciou-se que os profissionais da UTI evitam se envolver e interagir com os familiares dos pacientes internados, tratando-os com frieza. Por esse motivo, buscou-se, concomitantemente com as entrevistas realizadas com pacientes e familiares, realizar entrevistas com mais 09(nove) profissionais da referida UTI, envolvendo médicos, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, enfermeiras e escriturário. As questões que nortearam as entrevistas com esses profissionais foram: o que significa para você o ambiente do cuidado da UTI? O que você acha da presença dos familiares na UTI, durante os horários de visita, ou em outros momentos, inclusive, considerando a presença de um acompanhante dentro da UTI, ao lado do paciente? Fale-me sobre as interações entre os profissionais e familiares.

Entre as entrevistas realizadas com os 09(nove) profissionais, escolhidos aleatoriamente por conveniência, conforme ilustra o Quadro 3 a seguir, 06(seis) profissionais optaram por responder as questões por escrito, devido a disponibilidade de tempo dos mesmos ou porque não quiseram gravar a voz durante a entrevista. Um enfermeiro e vários técnicos de enfermagem que foram convidados para participar da pesquisa por meio da entrevista individual, haviam se recusado a participar da mesma, demonstrando falta de interesse.

N	Data da entrevista	Duração da entrevista	Entrevistado	Tempo de atuação em UTI	Outras unidades ou ambientes onde atua ou já atuou	Codinome
19	15/11/09	00:43:58	Médica**	11 anos	UTI de dois outros hospitais e Home Care	Escuta qualificada
20	17/11/09	00:30:00	Fisioterapeuta	03 anos	UTI	Limpeza
21	17/11/09	00:30:00	Técnica de Enfermagem	01 ano	Não informou	Dedicação
22*	19/11/09	00:31:33	Funcionário - Manutenção	30 anos	Em dois outros hospitais	Comprometimento
23	20/11/09	00:30:00	Médica	12 anos	Não informou	Empatia
24	20/11/09	00:30:00	Enfermeira	01 ano e meio	Clínica Médica	Compreensão
25	26/11/09	00:30:00	Técnico de Enfermagem**	19 anos	UTI	Sinceridade
26	18/12/09	00:44:00	Enfermeira	15 anos	UTI	Vínculo
27	18/12/09	00:30:00	Escriturário	04 meses	Clínica Médica	Interação

Quadro 3: Entrevistas realizadas com profissionais da UTI 1, durante a segunda etapa da coleta de dados

\* A entrevista Nº 22 era para ter sido realizada na primeira etapa, mas foi realizada nessa segunda etapa devido a disponibilidade da pesquisadora principal e do sujeito entrevistado.

\*\* Atuavam também em outra UTI na cidade de Florianópolis/SC no momento da entrevista.

As entrevistas realizadas com esses 09(nove) profissionais ocorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2009 e tiveram uma duração média de 20,9(vinte vírgula nove) minutos. Considerou-se o tempo de 30(trinta) minutos para a duração das entrevistas respondidas por escrito, pelo fato dos sujeitos não terem informado o tempo que levaram para responder as mesmas.

A coleta de dados referente a essa segunda etapa levou 02(dois) meses e, ao término da mesma, constatou-se que para os pacientes a internação na UTI, geralmente, representa uma experiência de sofrimento. Os familiares dos pacientes internados na UTI também consideram que o paciente internado na UTI sofre muito, e que a UTI é um ambiente onde o paciente é bem atendido e melhor cuidado pelos profissionais e onde há recursos tecnológicos disponíveis para auxiliar no cuidado. Os mesmos não veem a UTI como um ambiente onde o paciente interna para morrer, mas tem consciência de que o paciente na UTI corre o risco de morrer. Os profissionais, por sua vez, confirmaram que os profissionais da UTI, de um modo geral, evitam se envolver e interagir com os familiares dos pacientes internados na UTI e que nem sempre os acolhem e tratam bem.

Após todas essas entrevistas realizadas, que envolveram 03(três) UTIs, com um maior número de entrevistas realizadas na UTI 1 e, tendo já obtido inúmeras informações sobre o ambiente de cuidados em UTI, sentiu-se a necessidade de entrevistar profissionais que atuavam em outras UTIs, a fim de se comparar os dados obtidos e verificar as interpretações realizadas, pois, “quanto mais pessoas, locais ou fatos forem entrevistados ou observados, mais fácil é para o pesquisador verificar suas interpretações com as explicações alternativas dos fatos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.55).

Dessa maneira, na terceira etapa buscou-se realizar entrevistas com profissionais da saúde e gestoras que atuavam na UTI 2, que é uma UTI de uma outra cidade e Estado, como já descrito acima, e conforme



mostra o Quadro 4 a seguir, com a intenção de variar pessoas e locais que compõe a amostra, verificar as interpretações sobre os dados já coletados e analisados anteriormente, e compará-los.

N	Data da entrevista	Duração da entrevista	Entrevistado	Tempo de Atuação em UTI	Outras unidades ou ambientes onde atua ou já atuou	Codinome
28	31/12/09	00:43:03	Enfermeira/Gestora	05 anos	Gerência de Enfermagem, Clínica Cirúrgica e Universidade	Visão sistêmica
29	28/07/10	00:22:16	Fisioterapeuta*	15 anos	UTI	Flexibilidade
30	28/07/10	00:18:51	Técnico de Enfermagem	01 mês e meio	Comércio	Humildade
31	28/07/10	01:07:18	Médico*	05 anos	Em duas outras UTIs	Agilidade
32	28/07/10	00:21:05	Enfermeira/Gestora*	14 anos	UTI	Trabalho em equipe

Quadro 4: Entrevistas realizadas com profissionais de saúde e gestoras na UTI 4, durante a terceira etapa da coleta de dados

\* Atuam ou já atuaram também em outras UTIs na cidade de Santa Maria/RS.

As questões norteadoras que conduziram as entrevistas nessa etapa foram: o que significa para você o ambiente do cuidado da UTI? Como a equipe encara a situação de vida e morte presente na UTI? Essa segunda questão surgiu a partir das entrevistas realizadas com os profissionais da UTI 1, que manifestaram ter dificuldades para lidar com o sofrimento e a morte dos pacientes internados na UTI.

Os profissionais foram entrevistados na própria UTI, durante o horário de trabalho, por questões de conveniência da pesquisadora principal e dos sujeitos entrevistados. Os mesmos foram escolhidos aleatoriamente, por conveniência, e também, por indicação das gestoras da referida UTI. Nenhum dos profissionais recusou-se a participar da pesquisa. No final de uma das entrevistas realizadas que teve duração de mais de uma hora, o sujeito entrevistado relatou o seguinte: “Mas sabe que isso é quase que uma terapia. Porque, geralmente, a gente não fala sobre isso (riu)”.

Essa terceira etapa durou 07(sete) meses, ou seja, entre 31 de dezembro de 2009 a 28 de julho de 2010 e, a duração média das entrevistas foi de 26,6 (vinte e seis vírgula seis) minutos. Cabe salientar aqui que durante esses 07(sete) meses a pesquisadora principal realizou o Doutorado Sanduíche na Universidade de Bielefeld/Alemanha (ver relatório no APÊNDICE 2), mais especificamente, entre os meses de fevereiro a junho de 2010, motivo pelo qual essa etapa se estendeu por vários meses. Entretanto, nesse período, a pesquisadora principal realizou observação participante em 02(duas) UTIs Adulto e em 01(uma) Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Adulto no Hospital *Klinikum Bielefeld Mitte* na Alemanha<sup>4</sup>, totalizando 55(cinquenta e cinco) horas e 30(trinta) minutos de observação (APÊNDICE 3). Além disso, nesse mesmo período, foi realizada uma análise aprofundada dos dados já coletados nas etapas anteriores, inclusive, chegando à construção do modelo teórico (esquema teórico explanatório). Esse modelo teórico foi considerado para as entrevistas que foram realizadas nessa terceira etapa, durante o mês de julho de 2010, bem como, na quarta e última etapa. Por esse motivo, a amostragem tornou-se mais objetiva e direcionada nas duas últimas etapas.

A partir das respostas obtidas com as questões norteadoras nessa terceira etapa, surgiram outras questões que foram aprofundadas no decorrer das entrevistas que foram realizadas individualmente. Após analisar as 05(cinco) entrevistas foi possível evidenciar que o ambiente

---

<sup>4</sup> O Hospital *Klinikum Bielefeld Mitte* da Alemanha, é um hospital de grande porte, possui 682 leitos para internação, com cinco UTIs, das quais uma possui 20 leitos para pacientes cirúrgicos (Adulto), outra possui 12 leitos para pacientes clínicos (Adulto) e, uma terceira é uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Adulto. Essas três unidades serviram como campo de observação participante para a pesquisadora principal durante o Doutorado Sanduíche (APÊNDICE 3).

de cuidados em UTI é um ambiente vivo e dinâmico, no qual o limite entre a vida e a morte é uma presença constante, que gera angústia e sofrimento nos profissionais. Também foi reforçada a função de liderança do enfermeiro que já havia sido mencionado por um dos gestores da UTI 1, a formação profissional, bem como a utilização de novos referenciais, diante da promoção de um ambiente vivo e humanizado na UTI.

Na quarta e última etapa da coleta de dados, procurou-se realizar entrevistas individuais com profissionais da saúde, gestor, paciente e familiar da UTI 3, localizada em outra cidade, ou seja, em Pelotas/RS, conforme já descrito anteriormente, (Quadro 5), a fim de aprofundar os dados relacionados ao modelo teórico construído e à etapa anterior, e compará-los. Assim, buscou-se realizar as entrevistas com base nas seguintes perguntas, além de outras que surgiram no decorrer do processo: O que significa para você o ambiente do cuidado em UTI? Como a equipe lida com a terminalidade dos pacientes internados na UTI? Qual é a função do enfermeiro no ambiente do cuidado da UTI?

N	Data da entrevista	Duração da entrevista	Entrevistado	Tempo de atuação em UTI	Outras unidades ou ambientes onde atua ou já atuou	Codinome
33	09/09/10	00:30:00	Técnica de Enfermagem - Banco de Sangue*	10 anos	Clínica Cirúrgica	Responsabilidade
34	10/09/10	00:24:00	Fisioterapeuta*	Não informou	Outras UTIs	Participação
35	10/09/10	00:08:38	Familiar**	Não se aplica	-----	Familiar 13 – esposa
36	13/09/10	00:19:04	Técnica de Enfermagem	Não informou	Não informou	Prontidão
37	13/09/10	00:35:00	Médico/Gestor	32 anos	Universidade	Exemplo
38	14/09/10	00:30:48	Enfermeira	05 anos	-----	Humanização
39	30/09/10	00:15:00	Paciente	Não se aplica	-----	Paciente 5

Quadro 5: Entrevistas realizadas com profissionais de saúde, gestor, paciente e familiar na UTI 5 durante a quarta etapa da coleta de dados

\* Atuavam também em outras UTIs na cidade de Pelotas/RS.

\*\* Também já foi paciente de UTI em anos anteriores, em um outro hospital na cidade de Pelotas/RS, e levou também em conta a sua experiência enquanto paciente.

Os profissionais e gestor entrevistados nessa UTI 3 foram escolhidos aleatoriamente, por conveniência e/ou por indicação de outros profissionais da referida UTI e, foram entrevistados na própria UTI, durante o horário de trabalho, por questões de conveniência do pesquisador principal e dos sujeitos entrevistados. Nessa etapa houve duas recusas por parte das duas primeiras enfermeiras que foram convidadas para participar da pesquisa. Uma delas demonstrou não estar interessada em participar e, a outra, demonstrou insegurança para dar entrevista e indicou outras colegas enfermeiras.

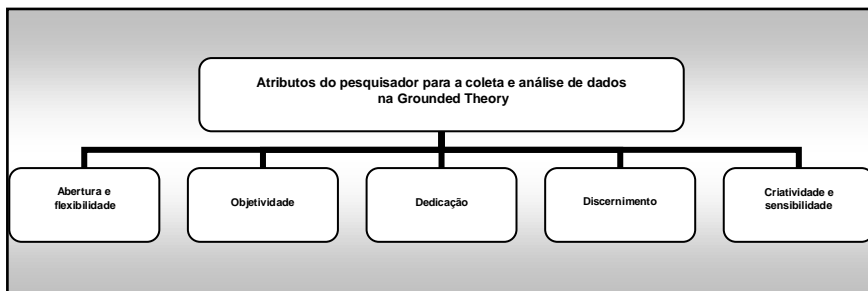
Após as entrevistas realizadas com os profissionais e gestor da UTI 3, além da observação do ambiente dessa UTI como um todo, realizada antes e após as entrevistas, percebeu-se que nessa UTI os pacientes ficavam de frente uns para os outros e conseguiam se visualizar. Por esse motivo, foram realizadas mais 02(duas) entrevistas, uma com um paciente internado na UTI, e a outra, com um familiar de um paciente, que também já havia sido paciente em uma outra UTI na mesma cidade, com características semelhantes, em anos anteriores, a partir das seguintes questões: O que você acha do ambiente da UTI? Como você se sente/sentiu na UTI? O paciente foi entrevistado enquanto estava ainda internado na UTI, por estar acordado e ter sido um dos poucos pacientes com condições de ser entrevistado e, o familiar, quando o seu parente havia acabado de dar alta da UTI e já encontrava-se no quarto, na Clínica Cirúrgica. Essa quarta etapa ocorreu em setembro de 2010, sendo que a média de duração das entrevistas foi de 17,6(dezessete vírgula seis) minutos.

Após essa quarta e última etapa, deu-se por encerrada a coleta de dados, tendo atingido a saturação teórica das categorias, ou seja, já não surgiu mais nenhum dado novo ou importante e as categorias já estavam bem desenvolvidas. Segundo Strauss e Corbin (2008), a saturação teórica é o critério final que determina a finalização da coleta de dados e indica que não surgiram mais novas propriedades e dimensões nos dados durante a análise, de maneira que os resultados obtidos respondem por grande parte da possível variabilidade. No geral, considerando todas as entrevistas realizadas para a presente pesquisa, a duração média das mesmas foi de 25(vinte e cinco) minutos.

No final de cada entrevista, foi realizada a proposta para os entrevistados deixarem uma mensagem ou pensamento/frase de sua livre escolha para deixar como mensagem aos profissionais da saúde e

demaís leitores da presente Tese de Doutorado (APÊNDICE 4). Entretanto, nem todos os entrevistados deixaram uma mensagem. Alguns não quiseram deixar, outros não deixaram em função da falta de tempo (estavam com pressa para realizar outras coisas) e, para alguns, acabou-se não fazendo a proposta para não estender demais a entrevista, como no caso das últimas entrevistas realizadas. As informações obtidas através das mensagens também foram analisadas e consideradas na presente pesquisa.

Ao término da coleta e análise concomitante dos dados foi possível constatar o quanto esse processo é dinâmico na Grounded Theory e requer do pesquisador muita abertura, flexibilidade, objetividade, dedicação, discernimento, criatividade e sensibilidade, que são atributos do pesquisador para a coleta e análise de dados na Grounded Theory, como ilustra o Quadro 6 a seguir, para apreender e compreender os fenômenos que surgem, a fim de alcançar o objetivo proposto.



Quadro 6: Atributos do pesquisador para a coleta e análise de dados, utilizando a Grounded Theory - Figura elaborada por Marli T. S. Backes (elaboração própria)

#### 4.4 A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE REALIZADA NO AMBIENTE DA UTI 1

A observação participante é uma técnica de pesquisa que envolve observação sistemática e constitui-se numa ferramenta importante que contribui para a construção do conhecimento nas pesquisas em saúde e

“propicia a participação mais intensa possível do pesquisador nas vivências dos grupos e acontecimentos julgados importantes para melhor compreendê-los” (QUEIROZ et al., 2007, p.282).

De acordo com Corbin e Hildenbrand (2003), a técnica de observação é importante para compreender como o fenômeno se apresenta na prática, sendo que o processo de investigação pode ser enriquecido pela observação, que possibilita a aproximação entre pesquisadores e participantes.

A observação participante propriamente dita, referente à presente pesquisa, foi realizada no ambiente da UTI 1 pela pesquisadora principal, sendo que, no ambiente da UTI 2 e 3 foi realizada observação apenas antes e após as entrevistas.

Dessa maneira, o período de observação participante na UTI 1 (Figura 2 e 3), compreendeu um total de 50(cinquenta) horas, distribuídas em 10(dez) dias, no período da manhã, tarde e noite, conforme mostra o Quadro 7, na sequência. Além disso, também foram realizadas observações nessa UTI, antes e após a realização das entrevistas, que foram todas realizadas no ambiente dessa UTI, por opção dos participantes.



Figura 2: UTI 1



Figura 3: UTI 1

<b>Data</b>	<b>Dia da semana</b>	<b>Horário</b>	<b>Número de horas</b>
09/11/09	Segunda-feira	14h – 18h	04h
10/11/09	Terça-feira	14h:30min – 20h:30min	06h
12/11/09	Quinta-feira	13h – 19h	06h
13/11/09	Sexta-feira	14h – 18h	04h
15/11/09	Domingo	13h:30min – 17h:30min	04h
16/11/09	Segunda-feira	14h – 18h	04h
17/11/09	Terça-feira	11h – 19h	08h
18/11/09	Quarta-feira	14h – 18h	04h
19/11/09	Quinta-feira	11h – 16h	05h
20/11/09	Sexta-feira	11h – 16h	05h
TOTAL: 10 dias	TODOS, menos sábados	MÉDIA: 05h por dia	TOTAL: 50h

Quadro 7: Período da observação participante na UTI 1



Durante esse período de observação participante, a pesquisadora principal realizou as seguintes atividades:

- Procurou conhecer o espaço físico da UTI e as rotinas relacionadas à unidade;
- Assistiu a passagem de plantão da enfermagem: às 13 horas e às 19 horas;
- Assistiu a passagem do Boletim Médico durante a primeira semana de observação, que ocorre à tarde, após o horário de visita, momento em que ocorre a passagem de informações dos médicos de plantão para 03(três) familiares de cada paciente (porque só é permitida a entrada de 03(três) familiares em cada horário de visita);
- Conversou com os médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas e estagiárias do Curso de Graduação em Fisioterapia, escriturários, funcionários da limpeza, funcionários de outros setores que foram prestar serviços na UTI (Laboratório, Banco de Sangue, Lavanderia, Manutenção, Capelania, Serviço de Raio X);
- Teve a oportunidade de ver os profissionais trabalhando em equipe e se ajudando mutuamente, durante o banho dos pacientes no leito, na troca de curativos, na mudança de decúbito, ao realizarem o transporte dos pacientes, e outros procedimentos realizados em conjunto;
- Conversou com vários familiares, durante vários dias;
- Procurou conversar com os pacientes internados na UTI e também observá-los;
- Presenciou a admissão, alta e óbito de pacientes;
- Acompanhou os familiares de 11(onze) pacientes internados na UTI, durante a visita aos pacientes, conversou com eles ao lado do paciente, e também, na sala de espera dos familiares na UTI;

Durante os horários de visita procurou observar e conversar com os familiares, amigos e conhecidos que vieram visitar os pacientes na UTI. Fez algumas perguntas para eles para descobrir como eles percebem a UTI. A partir das respostas dos mesmos e das conversas entre eles, foi possível extrair algumas ideias deles sobre a UTI, tais como:

- “A UTI é um lugar comum a todos” (filho);
- “Todos os pacientes são tratados iguais” (filho);
- “Existe o risco de morte” (filho);
- “A UTI não é um bicho de sete cabeças” (irmão e ex-paciente de UTI);
- “A UTI ajuda o paciente a viver e recuperar-se, de diferentes maneiras, principalmente, porque têm a tecnologia que precisa, mas para isso o paciente precisa ir para a UTI enquanto ainda há tempo” (irmão e ex-paciente de UTI);
- “A UTI é o último recurso porque vêm para o cuidado intensivo das pessoas. É um tratamento VIP, onde o paciente é muito bem tratado” (cunhada);
- “Eu só não falo com o paciente porque ele se agita” (prima de um paciente e esposa que perdeu o marido na UTI há 07(sete) meses);
- “A UTI é um tratamento muito bom. Se o paciente morre é porque é a hora dele. Se morre antes de sair da UTI é porque é a hora mesmo” (irmã);
- “A UTI é um ambiente bem organizado. Quando a gente chega num local e vê que o ambiente está bem organizado, a gente já pode ter uma ideia de como que é o atendimento nesse local. Da mesma forma, quando o ambiente não está organizado, que dá a impressão que o atendimento ali não é bom” (esposo);
- “A UTI é um atendimento de primeira linha” (paciente – 10(dez) meses após a alta da UTI);

- “É triste ter um familiar na UTI” (cunhada);
- “A gente tem que ter fé em Deus. As pessoas aqui são muito boas. Essa UTI é a melhor que têm em Santa Catarina” (esposa);
- “A UTI é para salvar a vida do paciente” (cunhada).

Assim, percebe-se que os familiares não veem a UTI como um lugar de morte, como muitos profissionais da UTI imaginam, mas como um ambiente diferenciado dentro do hospital, onde o cuidado é direto e intensivo, o tratamento é muito bom, onde o paciente é melhor cuidado, com acesso a recursos humanos e materiais qualificados, e um ambiente de cuidado seguro e eficaz. Entretanto, os familiares começam a ver a UTI dessa maneira, a partir do momento em que têm um parente internado na UTI, quando têm a oportunidade de ver e sentir o ambiente da UTI de perto.

A equipe de saúde da UTI é bastante tecnicista, muito competente tecnicamente, o que é inerente à UTI, mas procura não se envolver com os familiares. Talvez, para não sofrer, como acontece quando se envolvem mais com o paciente e seus familiares. Assim, a comunicação com os familiares, geralmente, é formal, e ocorre, principalmente, durante o Boletim Médico diário, nos avisos de alta e de óbito, entre outros.

A partir da segunda semana de observação na UTI, foi possível perceber uma interação um pouco melhor entre a equipe de saúde da UTI e os familiares, inclusive, com os pacientes. Entretanto, o ambiente de trabalho, que apresenta momentos de alegria e descontração entre os profissionais da UTI, parece não querer se misturar com o ambiente de tristeza dos pacientes e familiares.

Foram realizados registros, diariamente, sobre a observação participante e as informações obtidas foram utilizadas na análise dos dados da presente pesquisa.

#### 4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas realizadas oralmente, foram gravadas em gravador digital de voz, transcritas após cada entrevista e seguidas de análise, com o propósito de processar a coleta de dados, a análise e a comparação simultânea, conforme prevê o método em questão. As informações referentes à coleta e análise de dados, ou seja, as entrevistas realizadas oralmente, por escrito e os relatórios referentes às observações realizadas, bem como os memorandos (registros) e diagramas que foram elaborados durante a pesquisa, foram armazenados em computadores.

Toda a coleta e análise de dados foi realizada pela pesquisadora principal, que também realizou a maior parte das transcrições das entrevistas. Contratou-se um serviço para auxiliar na transcrição, sendo que foi preciso revisar essas transcrições e até mesmo transcrever novamente a maior parte delas, por estarem incompletas e por ter sido modificado a fala original dos entrevistados.

Segundo Strauss e Corbin (2008), durante a análise ocorre a interação entre os dados e o pesquisador, de maneira que a análise integra ciência e arte. Ciência ao manter um certo rigor científico e por basear a análise em dados. Já a arte, se manifesta na criatividade e capacidade do pesquisador em nomear categorias com competência, fazer perguntas e comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista a partir dos dados brutos.

Assim, o pesquisador precisa manter o equilíbrio entre ciência e criatividade, ou seja, entre objetividade e sensibilidade (Figura 4), durante o processo de pesquisa, pois “a objetividade é necessária para chegar a uma interpretação imparcial e acurada dos fatos. A sensibilidade é exigida para perceber as nuances sutis e os significados dos dados e para reconhecer as conexões entre conceitos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.53). Em outras palavras, a sensibilidade permite a criatividade e o discernimento para descobrir o novo, dando sentido aos fatos e acontecimentos contidos nos dados, a fim de descobrir uma nova teoria. Dessa maneira, a sensibilidade é uma qualidade que o pesquisador apresenta durante a interação com os dados, fazendo perguntas e comparações e realizando coleta e análise dos dados

alternadamente (CORBIN; HILDENBRAND, 2003; STRAUSS; CORBIN, 2008).



Figura 2: Equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade

Fonte: Figura adaptada, obtida do site: [WWW.google.com.br/imagens](http://WWW.google.com.br/imagens)

A elaboração dos memorandos e diagramas constituem-se numa forma de registro do pesquisador referente a pensamentos, interpretações, análises e direções para a coleta de dados adicional, que deve começar com a análise de dados inicial e continuar durante toda a pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008). A elaboração dos memorandos e diagramas significa, em outras palavras, a elaboração de registros, sempre que uma nova ideia ou *insight* emerge, a fim de não perdê-la, e os mesmos evoluem no decorrer da coleta e análise dos dados e são fundamentais para manter registros da análise.

À medida que a pesquisa progride os memorandos e diagramas crescem em complexidade, em clareza e densidade, e poderão, posteriormente, negar, alterar, esclarecer e/ou ampliar os anteriores (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008). Segundo os autores os memorandos e os diagramas são fundamentais no processo de construção da teoria, pelo fato de armazenarem informações e estimularem o analista a trabalhar mais com abstrações e, dessa forma, poder utilizar a criatividade e a imaginação no desenvolvimento das ideias.

Durante a coleta e análise dos dados vários memorandos e diagramas foram elaborados, seja durante a coleta de dados, durante a

observação, bem como durante a transcrição das entrevistas e análise dos dados. A elaboração dos memorandos, que podem ser caracterizados como notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais, reflexivas, de observação e outras, possibilitam preservar as hipóteses, intuições e abstrações que emergem no processo de pesquisa.

Os memorandos elaborados nessa pesquisa foram posteriormente revistos e organizados por categorias e complementados, o que possibilitou realizar a integração das categorias e a descrição da teoria, conforme consta no próximo capítulo referente aos resultados. Dessa maneira, os memorandos representaram documentos importantes através dos quais foram registradas as considerações e direções dos pesquisadores frente ao processo de pesquisa, bem como a evolução da construção da teoria.

#### **4.5.1 Descrevendo o processo de codificação**

A codificação ou a análise dos dados é o processo pelo qual os dados são divididos, conceitualizados e inter-relacionados. Esse processo visa, em síntese, dar rigor científico à pesquisa, desenvolver o fundamento, a densidade e a integração das informações, para gerar uma teoria útil como prevê a Grounded Theory (STRAUSS; CORBIN, 2002; 2008).

O processo de codificação ou análise dos dados é dinâmico e compreende um conjunto de elementos que precisam estar interconectados para atingir o propósito da pesquisa, como mostra o enunciado a seguir:

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

Assim, a coleta e análise dos dados na Grounded Theory não é um processo rígido, mas um processo flexível e criativo, que requer objetividade e sensibilidade por parte do pesquisador para apreender em profundidade os significados que busca compreender e estabelecer a relação entre os conceitos. Constitui-se na capacidade do pesquisador enxergar além do óbvio e desenvolver questionamentos, relações e comparações, com o propósito de gerar hipóteses e desenvolver as categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008; BACKES, 2008).

Para Strauss e Corbin (2002; 2008), o processo de codificação ou análise dos dados, se classifica em 03(três) fases distintas, mas complementares e integradas, que são a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva.

Essas 03(três) fases da codificação podem ser assim resumidas: na codificação aberta ocorre o processamento das informações, acontecimento por acontecimento, até formar os conceitos ou categorias. Já na codificação axial, as categorias se desenvolvem e se tornam mais refinadas. E por último, na codificação seletiva, as categorias são integradas e relacionadas entre si para delimitar o fenômeno central (CORBIN; HILDENBRAND, 2003; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2002; 2008) recomendam que na codificação aberta seja realizado o exame detalhado dos dados, ou seja, linha por linha, frase por frase e, às vezes, até palavra por palavra, separando os dados em partes distintas, comparando-os, em busca de similaridades e diferenças, com o objetivo de identificar os conceitos, ou categorias emergentes.

Dessa maneira, o processo de codificação iniciou com a codificação aberta, fase em que os dados brutos das 39(trinta e nove) entrevistas foram analisados linha por linha, comparando os incidentes, em busca de similaridades e diferenças, a fim de identificar as categorias preliminares.

Nessa fase de codificação, os dados foram comparados com outros dados e designados em tantas categorias quantas foram necessárias. Também foram realizados vários questionamentos, tais como: o que está acontecendo? O que mesmo esse dado quer dizer? Que categoria esse incidente indica?

Da mesma forma, durante essa fase de codificação também emergiram outras ideias, às quais foram elaboradas em forma de memorandos e diagramas. Nesses casos, a codificação foi interrompida para fazer o registro, tendo em vista que os memorandos e diagramas são imprescindíveis na construção da teoria. No Quadro 8 a seguir, será apresentado um exemplo de memorando de codificação, que foi elaborado durante essa fase.

**Memorando de codificação: 17/05/2010**

**A maior dificuldade dos profissionais que atuam em UTI**

Deparar-se com a família para comunicar que o paciente morreu parece ser a maior dificuldade dos profissionais que atuam em UTI. Essa dificuldade parece ser maior do que presenciar a própria morte e sofrimento dos pacientes. Presenciar a morte e sofrimento dos pacientes parece que é amenizado através da sedação dos pacientes, o que leva também a uma menor interação entre profissionais e pacientes, pois, os pacientes, ao estarem sedados, não falam, não reclamam, não se queixam, não sentem dor, não choram, não abrem os olhos e, com isso, os profissionais também não chegam a saber como os pacientes se sentem. Já os familiares, ao contrário, agem e reagem, choram, questionam e manifestam os seus sentimentos de dor, tristeza, angústia, perda, entre outros, diante da notícia da morte do paciente, o que pode acabar comovendo os próprios profissionais.

Quadro 7: Exemplo de memorando de codificação

Os diagramas são mecanismos visuais que ilustram as relações entre os conceitos e são considerados memorandos visuais e não escritos e, geralmente, começam a ser elaborados a partir da fase final da codificação aberta, quando já surgiram relações entre os conceitos. A Figura 5 a seguir é uma ilustração de um diagrama sendo elaborado durante essa fase de codificação aberta, buscando desenvolver e relacionar conceitos. Portanto, esse é um exemplo de diagrama que ainda não está completo, mas o mesmo foi sendo complementado nas fases de codificação posteriores, à medida em que se foi avançando na coleta e análise dos dados, motivo pelo qual ele ainda apresenta espaços em branco.



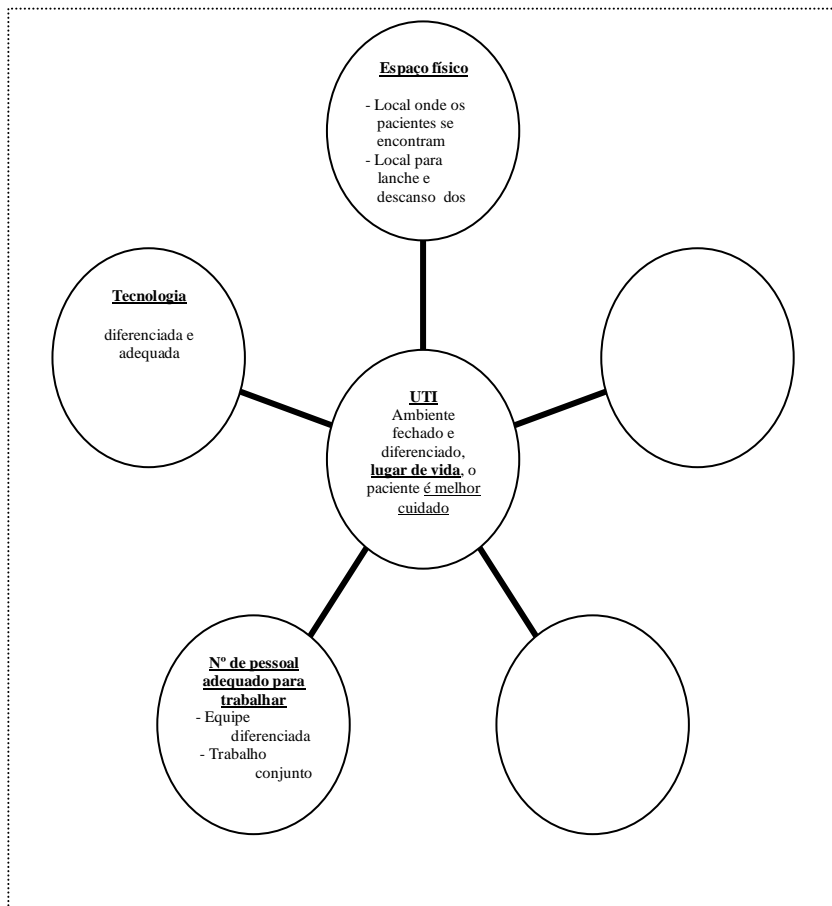


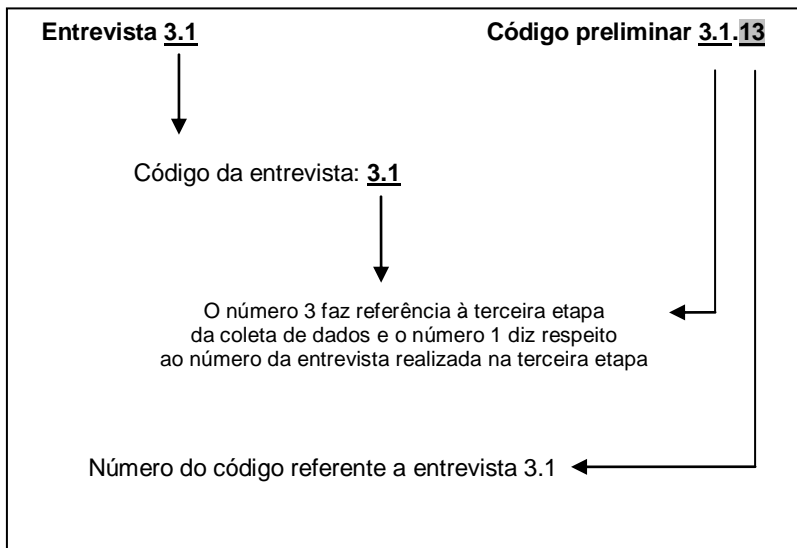
Figura 5: Buscando desenvolver melhor as categorias e descobrindo relações entre as mesmas – 05/04/2010 – referente à primeira e segunda etapa da coleta e análise dos dados

A codificação aberta foi realizada até o alcance das principais categorias, que culminou com uma quantidade imensa de códigos. O Quadro 9 a seguir é uma ilustração dessa fase.

Unidade de análise (entrevista)	Códigos preliminares	Código conceitual
<p><b>Entrevista 3.1:</b> Falar hoje em cuidado é falar de forma sistêmica, é falar das interações, das relações e das associações, não é falar somente daquele cuidado mais técnico, mecanizado, ou seja, um banho de leito, administrar uma medicação, fazer uma sondagem, mas é você também olhar para esse entorno e ver que sinais, que gestos, que interações podem proporcionar este ser/estar melhor do paciente (Visão sistêmica).</p>	<p>Sinalizando para o cuidado sistêmico 3.1.13</p> <p>Cuidado associado às relações 3.1.14</p> <p>Cuidado associado às interações 3.1.15</p> <p>Cuidado associado às associações 3.1.16</p> <p>O cuidado não é só técnico, mecanizado 3.1.17</p> <p>Cuidado é também olhar para o entorno 3.1.18</p>	<p>Ampliando as dimensões de cuidado</p>

Quadro 9: Exemplo do processo de codificação aberta

A fim de organizar o banco de dados, todas as entrevistas receberam um código e os códigos preliminares foram todos numerados, fazendo referência às entrevistas e ao número do código da referida entrevista. Assim, baseado no exemplo apresentado no Quadro 9, essa identificação de entrevistas e códigos pode ser melhor explicada através do Quadro 10 a seguir.



Quadro 10: Exemplo de identificação de entrevistas e códigos

Após a codificação aberta foi realizada a codificação axial, fase na qual as categorias já identificadas na codificação aberta foram relacionadas entre si e foi iniciado o reagrupamento dos dados divididos anteriormente. As categorias foram relacionadas às suas subcategorias, gerando explicações mais precisas sobre as mesmas. Nessa fase, foi utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, para ajudar a integrar a estrutura com o processo, conforme sugerem Strauss e Corbin (2002; 2008).

O mecanismo ou meio analítico denominado paradigma é um instrumento facilitador que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente os dados, e a classificar as conexões emergentes, com a finalidade de integrar as condições estruturais com o processo, que denota ações e interações no tempo, no espaço, com pessoas, organizações e a sociedade, em resposta a certos problemas e assuntos (STRAUSS; CORBIN, 2002, 2008).

As condições estruturais são constituídas pelas condições causais, o contexto e as condições intervenientes que formam o conjunto de circunstâncias nas quais os fenômenos estão incorporados e respondem à perguntas do tipo: por que, onde, de que forma e quando e, o processo,

refere-se às estratégias e às consequências. Frente às condições estruturais, surgem ações e interações que são respostas estratégicas ou rotineiras que podem ser individuais ou coletivas, a questões, problemas, fatos ou acontecimentos, em resposta às questões quem e como. É importante que as estratégias caracterizem um movimento processual e se orientem por metas. E por último, as consequências, são o resultado alcançado mediante as ações e interações, ou o resultado da falha por parte de pessoas ou grupos em responder às situações através das ações e interações, que constituem em si mesmo um resultado importante. Nesse sentido, o paradigma possibilita realizar as conexões teóricas entre as categorias e dessas com a categoria central, ajudando a manter a análise no nível conceitual (CASSIANI, 1994; CASSIANI; ALMEIDA, 1999; SANTOS; NÓBREGA, 2002; CORBIN; HILDENBRAND, 2003; BACKES, 2008; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dessa maneira, o paradigma foi um meio utilizado nesse estudo para realizar a integração das condições estruturais (condições causais, o contexto e as interveniências) com o processo (estratégia e consequências), como uma forma de pensar sistematicamente sobre os resultados alcançados e integrá-los.

O processo de codificação e/ou análise dos dados, bem como o processo de construção da teoria, utilizando o paradigma como instrumento facilitador, conforme foi realizado e conduzido no presente estudo, é melhor ilustrado na Figura 6 a seguir.

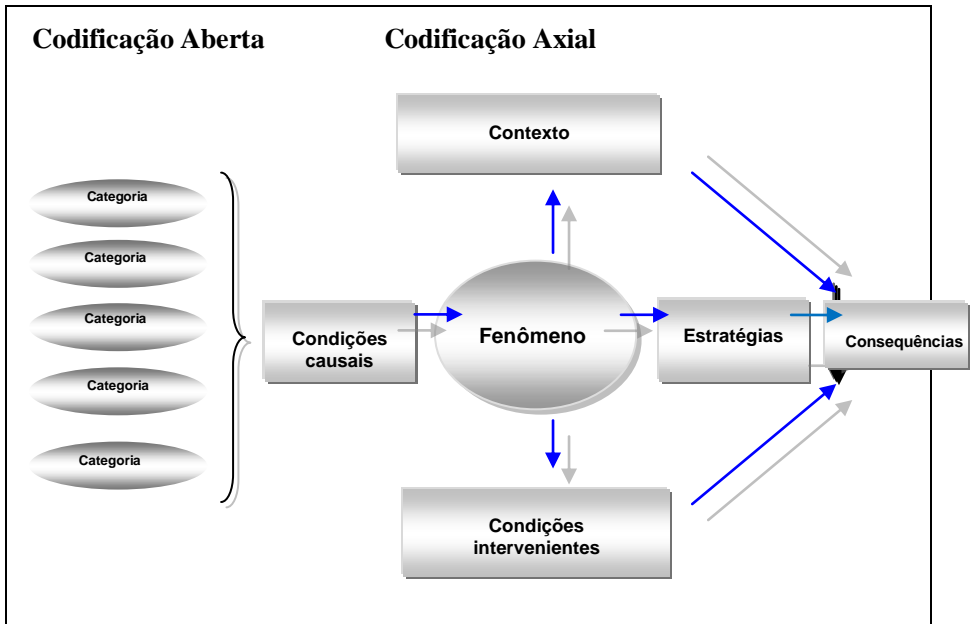


Figura 6: Esquema ilustrativo do processo de análise dos dados e construção da teoria, baseado em Leal (2005)

Entretanto, para chegar à construção do esquema teórico explanatório, utilizando o paradigma como instrumento facilitador, um longo caminho foi percorrido entre análises e revisão de análises já realizadas, fazendo perguntas e comparações, escrevendo memorandos, elaborando diagramas e relacionando categorias.

Após o desenvolvimento sistemático das categorias, por meio da utilização do mecanismo analítico paradigma, e o estabelecimento das devidas conexões entre as categorias e subcategorias, realizado na codificação axial, partiu-se para a terceira fase de codificação, ou seja, a codificação seletiva, na qual ocorre a integração das categorias e o refinamento da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dessa maneira, nessa terceira fase de codificação, foi estabelecida, inicialmente, a categoria central, por ser o primeiro passo na integração das categorias, e após, as demais categorias foram relacionadas de forma sistemática e organizadas em torno da categoria

central, que representa o tema central ou principal da pesquisa, como também o fenômeno central da teoria.

Nessa fase de codificação seletiva, vários memorandos e diagramas foram elaborados para facilitar a integração das categorias e a delimitação da teoria, que foi um processo longo e contínuo, que demandou muito tempo, além de profunda análise e exercício constante de reflexão, diante de uma grande quantidade de dados, que culminou com a descoberta do tema central ou fenômeno central.

No ambiente da UTI 1 encontrava-se um Banner com a data de dois de setembro de 2009, no qual constava uma mensagem de agradecimento dos familiares de um paciente que esteve internado na UTI. Através desse Banner a família agradece a equipe de saúde dessa UTI. A mensagem que constava no Banner era a seguinte: “Sustentar a vida é acreditar na criação como demonstração de amor. Hoje nos alegamos com aqueles que repetem esse amor, que doam seu tempo e vida para doar vida aos outros. Recebam nossa gratidão!”

Essa mensagem serviu para reflexão desde o período de observação participante na UTI 1, bem como, serviu de inspiração para a pesquisa, especialmente, para nomear a categoria central, ou o fenômeno central, que inicialmente foi denominado “Sustentar a vida”. Essa foi uma grande luz durante a coleta e análise de dados, a partir da qual foi possível começar a desenvolver o esquema teórico explanatório e, o próprio nome da teoria construída no presente estudo foi inspirada nesse agradecimento.

O fenômeno central, também considerado a categoria central nesse estudo, denominado “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, representa a própria teoria, e possibilitou relacionar e integrar todas as demais categorias e subcategorias de forma sistemática, sendo capaz de representar o significado do fenômeno estudado.

A redução e a integração das categorias é o meio de se delimitar a teoria emergente. Nesse momento, o investigador busca, a partir de grupos pequenos de conceitos de alta abstração, delimitar a terminologia e o texto. A lista de categorias é delimitada quando essas se tornam teoricamente saturadas. No final do processo, a teoria é, portanto, fruto da redução, abstração, delimitação e saturação das categorias, que se originaram a partir do universo dos dados coletados.

Em suma, as três fases do processo de codificação, ou seja, a codificação aberta, axial e seletiva ocorreram por meio de um processo sequencial, dinâmico e integrado, que envolveu a redução e abstração dos dados brutos, e que resumidamente é ilustrado na Figura 7 a seguir.

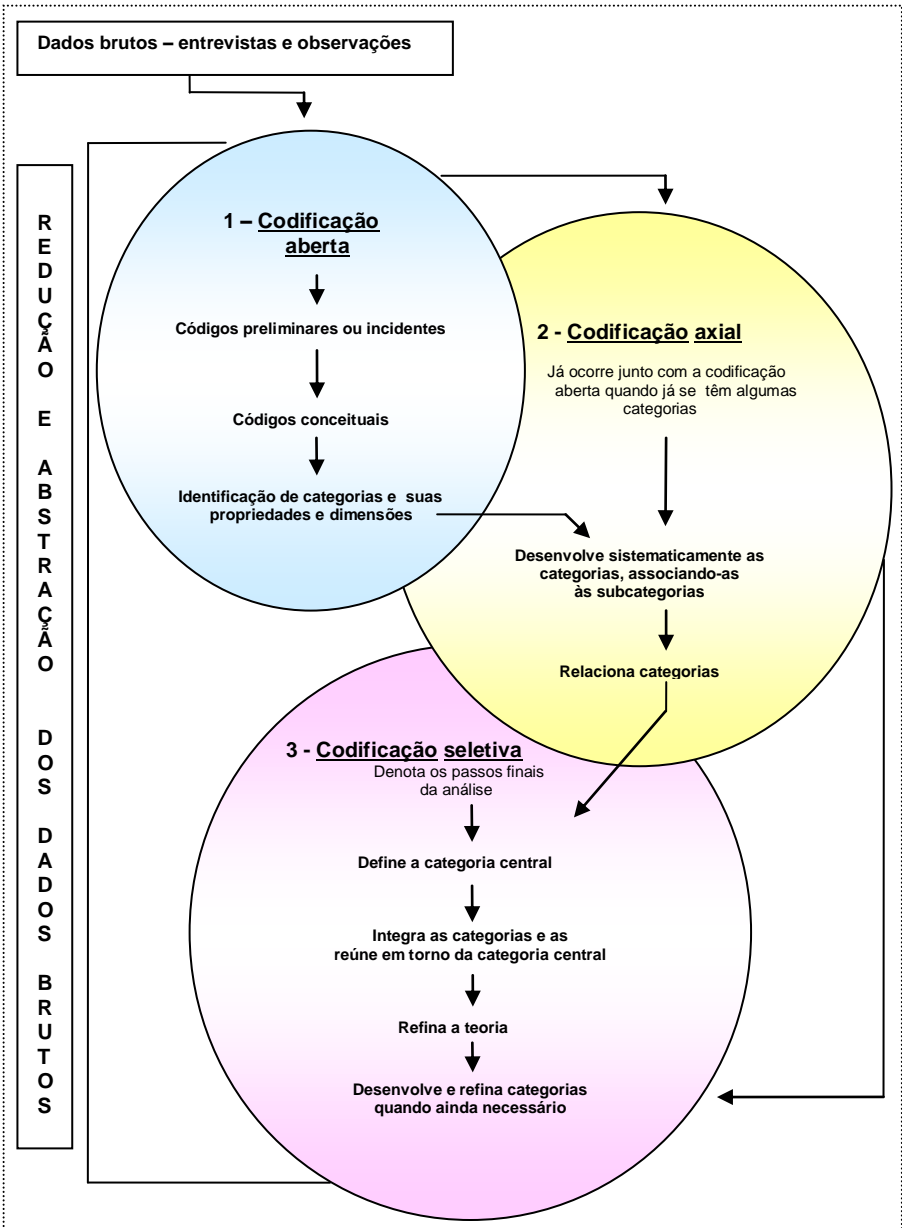


Figura 7: Resumo das 03(três) fases de codificação – Figura elaborada por Marli T. S. Backes (elaboração própria)



No decorrer do processo de análise, inúmeros códigos foram identificados, os quais resultaram em 08(oito) categorias e 38(trinta e oito) subcategorias. O processo de análise foi concluído com a delimitação da teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”.

#### 4.6 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

Como a Grounded Theory é um método que envolve a interação entre a indução e a dedução, sendo que a dedução requer que o pesquisador realize interpretação dos dados ao conceitualizá-los ou desenvolver hipóteses, ou seja, que ele deduza o que está acontecendo com base nos dados, de maneira que no momento da integração das categorias a teoria representa uma interpretação abstrata do pesquisador sobre os dados brutos. Por esse motivo é importante que se realize a validação dos dados “para determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.157).

Segundo os autores, a validação da teoria pode ser feita de diversas maneiras, sendo que a mesma não é realizada no sentido de testar como ocorre nas pesquisas quantitativas, mas “é um processo de comparar conceitos e suas relações com os dados durante o ato de pesquisa para determinar o quanto eles são apropriados para tal investigação” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.37).

No presente estudo a validação do modelo teórico, ou seja, da teoria, foi realizada de 03(três) maneiras. Primeiramente, voltou-se a comparar o esquema teórico construído com os dados brutos, delimitando melhor as categorias. Num segundo momento, o esquema teórico foi avaliado e validado pelo Professor Orientador Dr. Andreas Büscher no *Institut für Pflegewissenschaft da Universität Bielefeld*<sup>5</sup>, na Alemanha, durante a realização do Doutorado Sanduíche da pesquisadora principal, no primeiro semestre de 2010.

Durante o Doutorado Sanduíche a pesquisadora principal também teve a oportunidade de estudar e conhecer melhor o método

---

<sup>5</sup> Instituto de Ciências de Enfermagem da Universidade de Bielefeld, na Alemanha. Mais detalhes encontram-se no Relatório do Doutorado Sanduíche, no Apêndice 2.

Grounded Theory, junto com o Professor Orientador e demais professores, bem como ao acompanhar algumas disciplinas no *Institut für Pflegewissenschaft da Universität Bielefeld*. Nesse Instituto de Ciência em Enfermagem, os docentes possuem grande experiência em pesquisa qualitativa, especialmente, com o método Grounded Theory, de maneira que, nos últimos anos, foram defendidas várias teses e vêm sendo desenvolvidas várias dissertações de mestrado, utilizando esse método.

E por último, a validação ocorreu ainda, ao realizar-se mais entrevistas com profissionais, gestores, paciente e familiar, envolvendo UTIs de locais diferentes, no caso a UTI 2 e 3, conforme já descrito anteriormente na coleta de dados, quando foi possível comparar o modelo teórico construído com os novos dados coletados.

Em suma, a construção da teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, envolveu a construção de um esquema explanatório que integra e relaciona as categorias de forma sistemática, para gerar entendimentos, explicar e prever fatos e fornecer diretrizes para a ação. Esse esquema explanatório, bem como a descrição da teoria construída, encontram-se descritos com maiores detalhes no Capítulo 5 a seguir, referente aos resultados.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para atender aos critérios éticos da pesquisa, foram consideradas as recomendações da Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFSC sob o Processo N° 130/09 (ANEXO 1), a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS, sob o parecer s/n de 08 de setembro de 2010 (ANEXO 2), 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.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta, bem como, foi-lhes assegurado o seu direito de acesso aos dados. Todos os sujeitos do estudo assinaram o TCLE, para viabilizar a utilização das informações para a pesquisa e sua posterior publicação, tendo sido garantido o sigilo da identidade aos mesmos e, assegurando-lhes a liberdade para se retirarem da pesquisa a qualquer momento, caso assim o desejassem.

As falas dos profissionais e gestores entrevistados serão identificadas nesse estudo com codinomes que fazem referência à qualidades ou características positivas que são importantes no ambiente de cuidados em UTI, e que de alguma forma foram mencionadas durante as entrevistas.

Já as falas dos pacientes serão identificadas com o nome de Paciente, seguido do número correspondente à ordem em que foram entrevistados. As falas dos familiares, por sua vez, serão identificadas com o termo Familiar, seguido do número correspondente à ordem em que foram entrevistados, e ainda, acompanhado do grau de parentesco em relação ao paciente.

Todas as informações coletadas durante as entrevistas e observações encontram-se sob a guarda da pesquisadora principal e da pesquisadora responsável.



## 5 – RESULTADOS

“A Unidade de Terapia Intensiva  
é um ambiente de vida”

(Organização)

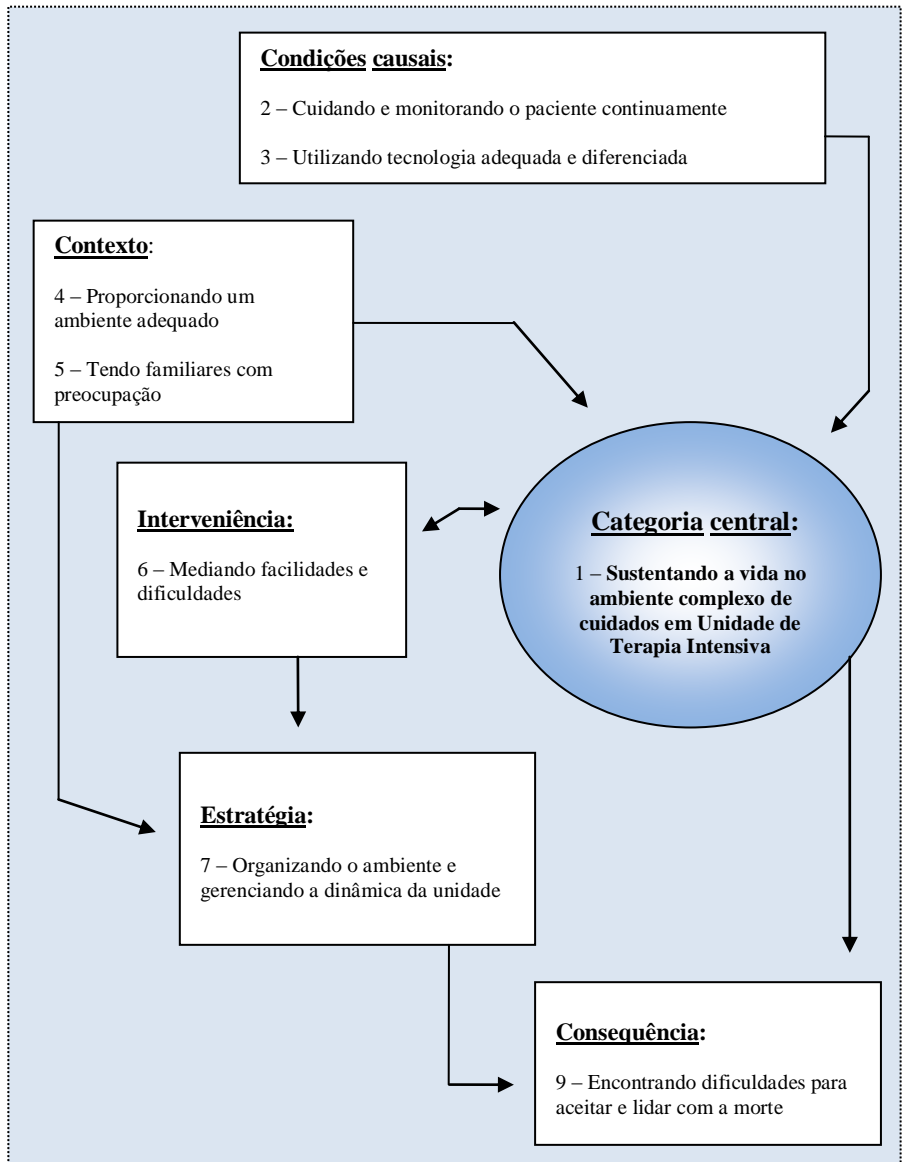
Neste Capítulo será apresentado o significado coletivo das experiências e expectativas acerca do ambiente de cuidados em UTI Adulto, a partir da intensa e constante interação com os dados da presente pesquisa, bem como de reflexões, interpretações e observações realizadas com o auxílio da análise comparativa, conforme prevê a Grounded Theory, que resultou na teoria substantiva: “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”.

A teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” é uma teoria fundamentada porque foi construída a partir dos dados coletados e analisados sistematicamente, através do processo de pesquisa, sendo designada como teoria substantiva porque refere-se a um âmbito mais específico de preocupações (STRAUSS; CORBIN, 2008), ou seja, ao ambiente específico de UTI, buscando melhorar o entendimento em relação a esse ambiente de cuidados, de uma forma geral.

Nesse sentido, a teoria “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, foi delimitada por 08(oito) categorias, quais sejam: Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (categoria central); Cuidando e monitorando o paciente continuamente; Utilizando tecnologia adequada e diferenciada; Proporcionando um ambiente adequado; Tendo familiares com preocupação; Mediando facilidades e dificuldades; Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade e, Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte.

A análise dos dados seguiu o mecanismo analítico denominado paradigma proposto por Strauss e Corbin (2008) que ajuda a reunir e ordenar sistematicamente os dados, relacionando as condições estruturais, ou seja, as condições causais, o contexto e as condições

intervenientes, com o processo, que diz respeito às estratégias de ação e interação dos profissionais envolvidos no cuidado em ambiente de UTI. O processo de integração dessas categorias que deram origem à teoria substantiva, será ilustrado através do esquema teórico explanatório apresentado no Quadro 11 a seguir.



Quadro 11: Esquema teórico explanatório da teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” - Quadro elaborado por Marli T. S. Backes (elaboração própria).

Assim, a partir da integração das categorias, a teoria “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, apresenta duas categorias como condição causal, assim definidas: “Cuidando e monitorando o paciente continuamente” e, “Utilizando tecnologia adequada e diferenciada”, às quais justificam a existência da UTI. Possui como contexto, também duas categorias, ou seja, “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”.

O objetivo da UTI é investir para recuperar a saúde dos pacientes, com o auxílio de tecnologia diferenciada e profissionais qualificados. Dessa maneira, o ambiente da UTI é um local destinado para cuidados intensivos a pacientes graves, instáveis e recuperáveis, que apresentam risco de morrer, mas que não internam na UTI para morrer. Entretanto, devido a 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 dos pacientes, mas também sentem-se frustrados e apresentam dificuldades para aceitar e lidar com a morte.

A seguir, serão descritas as 08(oito) categorias e as suas respectivas subcategorias, a começar pela categoria central.

## 5.1 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, além de ser denominada a teoria substantiva desse estudo, é também considerada a categoria central, ou o fenômeno central, porque apresenta o tema central da pesquisa, se relaciona com as demais categorias e integra as mesmas umas às outras.

A categoria Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva, 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 da UTI. Na sequência, serão descritas cada uma delas.

### **5.1.1 Valorizando a vida dos pacientes**

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 uma atenção redobrada para recuperar os pacientes e ficam atentos aos detalhes que interferem diretamente com a vida dos mesmos, sendo ágeis, fazendo o máximo possível e evitando atrasos no cuidado para não perder o paciente porque querem que os pacientes melhorem para saírem bem da UTI e, muitas vezes, aumentam os recursos para manter a vida por mais tempo, conforme destacado na fala a seguir

“...Muita preocupação e ansiedade com a sua melhora e recuperação. Queremos ver o paciente bem para poder retornar ao seu lar, sua família [...] Há uma grande expectativa pela melhora do paciente” (Responsabilidade)

Na UTI existe uma tendência a prolongar a vida, muitas vezes, mais do que se deveria, seja por parte dos profissionais ou por pressão dos familiares. A morte de um paciente representa uma sensação de perda para toda a equipe e, principalmente, para a família.

A maioria dos pacientes (em torno de 80%) internados na UTI, são recuperados e saem com vida, ou seja, recebem alta. Assim, a UTI é um lugar de vida e, o paciente não interna na UTI para morrer, motivo pelo qual a UTI não deve ser um ambiente mórbido e sem vida.

### 5.1.2 Recuperando a saúde dos pacientes

Recuperando a saúde dos pacientes diz respeito à ação diretamente relacionada ao objetivo da UTI que é investir para recuperar a saúde dos pacientes. Dessa maneira, o alcance desse objetivo desperta nos profissionais um sentimento de satisfação muito grande, deixando-os felizes e animados.

A equipe da UTI sente satisfação com a recuperação da saúde dos pacientes e se surpreende quando um paciente aparentemente não recuperável, se recupera, recebe alta e sai bem da UTI. Quando o paciente recebe alta da UTI, os profissionais desejam que ele retorne, não para internar novamente, mas para visitar a equipe. A equipe fica muito feliz ao rever o paciente, quase irreconhecível, porque aparentemente ele está numa condição de saúde bem melhor e diferente do que quando esteve acamado na UTI.

“...A alegria de toda a equipe é quando o paciente está indo embora, bom, que está indo para a unidade, que dão alta para casa” (Trabalho em equipe).

“...a gente fica muito contente porque, muitas vezes, a gente recebe visita dos pacientes que passaram pela UTI, às vezes, muito graves, muito tempo e é sempre aquela surpresa porque a gente não reconhece inicialmente, do estado que eles estavam. Então, às vezes te perguntam “Ah, por que tu trabalha em UTI, porque os pacientes que estão lá estão lá para morrer”. Eu digo assim: ‘Não é verdade!’ Existem pacientes que estão em estágio terminal, mas tem muitos pacientes viáveis e que a gente consegue tratar e melhorar e estes pacientes voltam para nos ver, caminhando, conversando assim” (Flexibilidade).

Ao retornarem para a UTI para visitar os profissionais, os pacientes costumam agradecer à equipe, o que deixa a equipe igualmente feliz e animada para seguir trabalhando nesse ambiente.

### 5.1.3 Caracterizando o ambiente da UTI

O ambiente da UTI é uma unidade que geralmente fica dentro do meio hospitalar e envolve um conjunto de elementos e situações (Figura 8). Cada UTI tem as suas especificidades estruturais e organizacionais.

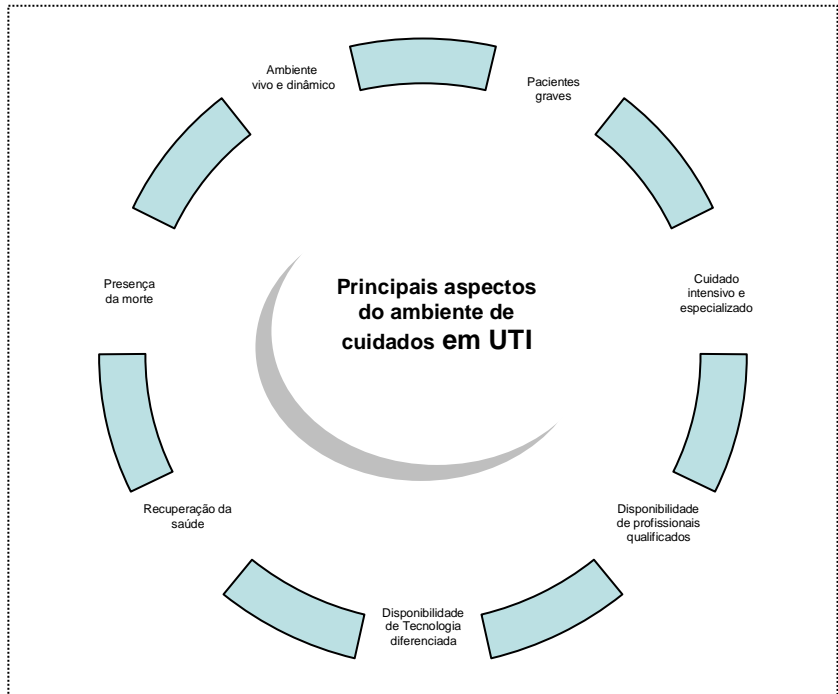


Figura 8: Principais aspectos do ambiente de cuidados em UTI - Figura elaborada por Marli T. S. Backes (elaboração própria).

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, barulhento e mais artificial. Possui fluxo de pessoas controlado. Local limpo, de procedimentos estéreis e assépticos. Concentra pacientes graves e críticos, que apresentam alto risco e que

requerem assistência especial e um cuidado a mais. Às vezes, há a presença de pacientes com bactérias multiresistentes. É um local comum para todos os pacientes, sem discriminação.

“...é um ambiente que exige maior atenção, maior cuidado. É um ambiente extremamente dinâmico, ambiente onde a gente precisa tomar decisões rápidas [...] e as coisas mudam muito rapidamente” (Agilidade).

“O ambiente do cuidado da UTI consiste em um ambiente altamente especializado onde as prioridades devem ser os tratamentos que mantenham a vida e promovam a melhor recuperação possível do paciente que se encontra em estado crítico. Muitas vezes, as ações e procedimentos precisam ser rápidos, além dos procedimentos serem bastante invasivos. O profissional de saúde (médico) deve atender o paciente de maneira objetiva e com qualidade técnica, no entanto, nunca esquecendo, ou melhor, não perdendo a capacidade de colocar-se no lugar daquele que encontra-se em grande sofrimento e ansiedade” (Empatia).

É uma unidade que possibilita suporte técnico e humano ininterruptos aos pacientes graves e instáveis, através de um cuidado intensivo e especializado, com a disponibilidade de tecnologia adequada e profissionais qualificados, presença constante do pessoal de enfermagem, medicina e demais profissionais da saúde. Promove a segurança de um bom tratamento e a recuperação do paciente parece ser mais rápida. Geralmente as UTIs estão sempre lotadas e continuam faltando leitos.

O objetivo da UTI é investir para recuperar a saúde dos pacientes. Por esse motivo destina-se, principalmente, a pacientes recuperáveis. Entretanto, a UTI é um ambiente que também gera mitos e crenças por parte de pessoas leigas e familiares, de que o paciente interna na UTI para morrer.

Embora os pacientes não internem na UTI para morrer, os mesmos correm o risco de morrer e os profissionais, muitas vezes, não sabem se vão conseguir resgatar a saúde dos pacientes. Dessa maneira, o limiar entre a vida e a morte é uma presença constante na UTI, gerando uma sensação de impotência e desgaste emocional nos profissionais.

A morte faz parte do dia-a-dia das UTIs e em torno de 20 a 30% dos pacientes que internam na UTI morrem. Entretanto, a mortalidade nas UTIs, atualmente, parece ser menor, visto que os pacientes têm internado na UTI mais precocemente e com uma chance de sobrevivência maior. Devido a gravidade dos pacientes, ocorrem mais mortes na UTI do que em outros ambientes, mas nem por isso a UTI têm a conotação de morte, sendo considerada um ambiente de vida, uma vez em que a natureza do trabalho da UTI é lidar com a vida.

A UTI proporciona a proximidade e a interação entre os profissionais, podendo tornar o ambiente agradável e harmônico. Mas, ao mesmo tempo, é também um ambiente desagradável devido a presença de pacientes graves e terminais e, principalmente, pelo convívio frequente com a morte.

A UTI também é considerada um ambiente frio e hostil, onde a máquina lidera o ser humano. Representa um ambiente ruim para o paciente e um ambiente de tristeza para os familiares, porque preocupa a família e provoca medo, apesar dos familiares saberem que o paciente aí é bem cuidado.

A UTI precisa ser um ambiente agradável para os funcionários, pacientes e familiares, como precisa ser acolhedora, tendo um cuidado específico com o paciente, com os familiares e também um cuidado com o ambiente como um todo, ou seja, o cuidado com os materiais, equipamentos, com o espaço físico, com as relações e interações entre os profissionais, pacientes, familiares e o restante do hospital, entre outros.

#### 5.1.3.1 Comparando a UTI com os outros ambientes do hospital

As outras unidades do ambiente hospitalar que recebem pacientes, como a emergência e as unidades de internação (Clínica

Médica e Cirúrgica) apresentam um dinamismo diferente da UTI. O profissional não está permanentemente com o paciente; não há o auxílio da tecnologia disponível como na UTI; há outro tipo de pacientes; geralmente concentram pacientes menos graves e/ou com maior chance de recuperação (pós-operatório); ocorrem menos mortes; não se têm tudo à mão (materiais) e não há tanta praticidade; leva-se mais tempo para realizar os procedimentos; têm mais coisas acontecendo ao mesmo tempo; são ambientes menos organizados e mais conturbados; muitas pessoas falam ao mesmo tempo e vão de um lado para o outro; há mais pessoas: pacientes, familiares, estudantes e, menos profissionais; a visita dos familiares não é tão controlada como na UTI; há menos preocupação por parte dos profissionais em relação à assistência ao paciente do que na UTI e também menos preocupação com a contaminação (isolamento de contato); existem atendimentos diferenciados, dependendo do plano de saúde dos pacientes (Quadro 12). Assim como na UTI, em outros ambientes do hospital também há muito barulho e a presença de pacientes terminais.

<b>UTI</b>	<b>Outros ambientes dentro do hospital</b>
Menos pacientes	Mais pacientes
Pacientes mais graves	Pacientes menos graves e mais recuperados (outro tipo de paciente)
Mais profissionais	Menos profissionais
O profissional permanentemente com o paciente	O profissional não está permanentemente com o paciente
Auxílio da tecnologia	Sem auxílio da tecnologia como na UTI
Mais organizada	Menos organizados, mais conturbados
Fluxo de pessoas controlado	Há mais pessoas: pacientes, estudantes, familiares
É ruim para o paciente	É melhor para o paciente
Os familiares procuram mais por informações sobre o paciente	Os familiares não procuram tanto por informações sobre o paciente
Lugar comum para os pacientes em termos de assistência	Existem atendimentos diferenciados (enfermaria, quarto particular...)

Quadro 12: Comparando a UTI com os outros ambientes do hospital

Já para o paciente, é bem melhor estar numa unidade de internação do que na UTI, principalmente, considerando o conforto, o fato de conseguir dormir sem estar sedado, o espaço físico, porque para ele é mais espaçoso, mais arejado e, dependendo do ambiente, consegue ter uma visão para fora, assiste televisão, há ventilador e outros. O ambiente é mais natural para o paciente porque consegue utilizar o banheiro, que geralmente fica próximo. Os familiares não procuram

tanto por informações sobre o paciente, mas observam os profissionais (a dedicação, se têm o dom).

#### 5.1.4 DEFININDO A FUNCIONALIDADE DO AMBIENTE DA UTI

A UTI possui um bom funcionamento e apresenta um movimento bem imprevisível. Nenhum dia é igual ao outro. Às vezes, o atendimento é mais agitado, principalmente, quando há intercorrências. É preciso que os profissionais de saúde trabalhem sempre atentamente e próximo dos pacientes. O tratamento é mais efetivo e mais rápido. Os profissionais estão sempre por perto, monitorando os pacientes. Têm o plantão médico nas 24 horas e um número considerável de trabalhadores. O ambiente precisa estar organizado como um todo e é preciso realizar as coisas certas, de forma rápida (na hora) e bem feitas. No ambiente da UTI tudo é mais prático, automático, rotineiro, planejado da melhor forma e se têm tudo disponível: profissionais, equipamentos, materiais e exames, suficientes e de qualidade. Há a necessidade que as coisas funcionem rapidamente e as decisões também precisam ser rápidas, na maioria das vezes.

A UTI têm prioridade dentro do hospital, se comparada com outros ambientes, em termos de manutenção e necessidade de recursos humanos e materiais, em função da gravidade dos pacientes. Por esse motivo, torna-se também necessário que os profissionais da UTI se relacionem bem com os demais setores do hospital.

#### 5.2 CUIDANDO E MONITORANDO O PACIENTE CONTINUAMENTE

Cuidando e monitorando o paciente continuamente é determinado, nesse estudo, uma das condições causais, porque diz respeito às ações relacionadas ao suporte que é dado ao paciente grave, que necessita de uma assistência qualificada, com o auxílio de tecnologia diferenciada e de profissionais preparados.

A categoria Cuidando e monitorando o paciente continuamente 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. As mesmas são descritas a seguir.

### **5.2.1 Considerando as condições de internação dos pacientes**

Na UTI internam pacientes recuperáveis e pacientes não recuperáveis. Entre os pacientes não recuperáveis, internam pacientes que se encontram diante de uma situação aguda (como pacientes portadores de câncer) que precisam se recuperar dessa situação aguda para retomar ao estado anterior; pacientes que aguardam pela doação de órgãos para manter os órgãos vitais funcionando até o transplante, e pacientes terminais.

Os pacientes que internam na UTI deveriam ser pacientes que realmente precisam estar na UTI e por um menor tempo possível e necessário. No entanto, são internados na UTI pacientes terminais que ficariam melhor no quarto e que internam na UTI para morrer, seja pela dificuldade de manejá-los em outros ambientes (unidades de internação), seja por pressão da família e/ou do médico assistente e/ou pela dificuldade do médico assistente no manejo com os familiares para não internar o paciente terminal na UTI, como ilustra a fala a seguir

“... o paciente vai ficar longe da família. Cria-se uma expectativa que não têm, cheio de tubos. Uma pessoa, eu acho que tem que morrer dignamente num lugar. Para que trazer para uma UTI? Às vezes, é inevitável, que tem pressão que não tem como. Acho que em tudo que é UTI. Aí acaba trazendo paciente que tu acha que não têm indicação de estar aqui” (Exemplo).

Os pacientes antes de internarem na UTI, acabam sendo atendidos por algum serviço de saúde, que pode ser no próprio hospital (Serviço de Emergência ou Unidade de Internação) ou em outras

instituições de saúde fora do hospital, e até mesmo em outras UTIs. Dessa maneira, o paciente interna na UTI já com diagnóstico e a internação é priorizada pelo quadro do paciente, independentemente da idade. Há internações de pacientes adultos e idosos e também de pessoas jovens e adolescentes. Ocorrem internações por diagnósticos variados, dependendo da UTI, como problemas respiratórios, principalmente, pneumonia, leptospirose, gripe suína, pacientes portadores de câncer, de Acidente Vascular Cerebral (AVC), acidentados, portadores de pancreatite, pós-operatórios, portadores de cardiopatias, de hepatopatias, de doenças renais, pacientes com sepsis, entre outros.

Muitas vezes, o paciente não têm consciência de que está internando numa UTI e pode chegar na unidade com problemas emocionais, familiares, além dos problemas de saúde que o levam a internar na UTI.

### **5.2.2 Descrevendo as condições dos pacientes na UTI**

Os pacientes internados na UTI são diferentes dos pacientes internados em outras unidades. São vistos como um organismo composto por vários sistemas funcionais do corpo. Encontram-se numa situação difícil e delicada, em grande sofrimento e ansiedade. Estão mais graves e instáveis, às vezes, pioram rápido e precisam de uma intervenção rápida. São doentes críticos, com disfunções orgânicas e fisiologicamente muito alterados, precisando de cuidados mais específicos. Na maioria das vezes, os pacientes são muito vulneráveis, especialmente a qualquer tipo de contaminação.

Encontram-se acamados, debilitados, num ambiente estranho, com pessoas que não conhecem e vozes estranhas, sem a presença constante da família ao lado. Muitas vezes, estão sedados e mesmo assim podem ouvir. Muitos pacientes estão entubados e a maioria deles necessita de aparelhos especiais. Geralmente são pesados, edemaciados, às vezes, um pouco deformados, com a boca aberta. Quase sempre fazem as necessidades no leito. Recebem estímulos externos. Alguns ficam muito tempo na UTI (meses). Ficam desprovidos em relação ao ambiente externo e dependendo da UTI, ficam isolados no próprio meio

de UTI. Muitas vezes, não tem noção do espaço e do tempo. Recebem informações fragmentadas.

“O paciente ele fica sozinho, com pessoas estranhas. Porque nós somos estranhos para ele. Então, acho que eles precisam de mais atenção. Eles estão se sentindo mais fragilizados, longe da família. E a UTI já gera um medo maior. Eu tô aqui na UTI, vou morrer, eles pensam” (Prontidão).

Às vezes, os pacientes se tornam um objeto e perdem a sua identidade como pessoa, porque muitas vezes, não falam, não abrem os olhos, não tem uma expressão, não comem, não bebem, não têm privacidade. Geralmente estão em jejum, mas sentem fome e sede e, frequentemente, também sentem dor, embora isso não seja experienciado por todos os pacientes da mesma maneira.

“Fiquei acordado os primeiros dias, fiquei uns três, quatro dias. Depois só gritando de dor, não via mais nada de tanta dor que tinha. Trinta e dois dias eu não vi nada. Só gritava de dor, mas não enxergava nada [...] Dor é terrível. Dor né, porque a pancreatite é uma doença, uma dor que dói mais que câncer” (Paciente 2).

Os pacientes dormem, sonham e deliram e, geralmente, não se lembram de muitas coisas. Tem momentos em que lhes foge a memória e nem sempre sabem que estão na UTI. Ficam frágeis e fracos, perdem as forças. Na maioria das vezes, não conseguem se movimentar sozinhos e nem se ajudar. São dependentes dos profissionais. Recebem cuidados intensivos, visitas e orações. Tem a presença da família em horários bem restritos. Veem e reconhecem os familiares, mas nem sempre conseguem distingui-los, como também nem sempre conseguem conversar com os mesmos, embora queiram fazê-lo.

“Eu não lembro de nada, né? [...] Eu não sei. Não lembro. Não consigo” (Paciente 4).

Há pacientes na UTI que não conseguem falar ou falam pouco. Conseguem se comunicar, mas nem todos conseguem entendê-los. Na maioria das vezes, começam a conversar com a equipe e até com outros pacientes, quando ficam lado a lado, quando estão acordados e/ou semi-acordados e melhores. Os pacientes saem da sedação gradativamente e começam a escutar algumas coisas e a se dar conta dos acontecimentos.

“Fiquei entubado. Daí eu não conseguia falar, só por gestos. Então, daí a gente sofre bastante por isso, porque não poder falar, não poder pedir nada. Aí é difícil! Só por sinal, é triste né? [...] a gente queria água, queria comer, queria pedir, não dava nada, não tinha condições de falar, e daí não entendiam né? Não podia mexer as mãos, mais ou menos a gente botava as mãos na cabeça” (Paciente 2).

Na UTI, há pacientes conscientes e nem todos estão sedados. Às vezes, estão acordados, gesticulam, falam, escrevem e choram. Reclamam do barulho e perguntam a hora. Quando estão mais acordados, estão antenados, se angustiam muito com o barulho, com o que está acontecendo e com quem está do lado. Assustam-se com um movimento agitado na UTI e ficam amedrontados com alguns termos que ouvem, como por exemplo, o termo “bomba”<sup>6</sup>. Entertem-se ao verem os profissionais brincando e conversando. Alguns pacientes são mais tranquilos, outros mais ansiosos ou mais deprimidos.

Os pacientes preferem estar lúcidos, orientados e acordados e não desejam estar na UTI. Preferem estar em casa e aguardam ansiosamente pela alta. Às vezes, tem muitos pacientes acordados e que estão bem. Há momentos em que é difícil os pacientes conseguirem sair da ventilação mecânica, mas estão lúcidos, orientados e acordados. Os profissionais

---

<sup>6</sup> “Bomba”, nesse contexto, refere-se ao equipamento denominado bomba de infusão, utilizado para controlar as infusões administradas nos pacientes, e que os profissionais de saúde, às vezes, costumam chamar apenas de “Bomba”.

querem que os pacientes permaneçam acordados (não sedados) para poderem ajudar a equipe e se recuperar para sair da UTI.

Às vezes, os pacientes se sentem muito sozinhos e com medo. Nem sempre entendem o que está acontecendo com eles, querem uma explicação do que está acontecendo com eles. Ficam ansiosos ao verem um paciente mais grave do que eles e se chocam com a situação de urgência na volta e com pacientes morrendo ao lado. Há momentos em que se encontram desorientados, podendo até entrar em surto, ou seja, apresentar transtornos mentais.

“...eles ficam ansiosos, eles veem o paciente que está do lado. Mas a gente se preocupa com essas coisas. Às vezes, eles estão bem lúcidos, aí eles conversam, tem altos papos. A gente abre a cortina e eles conversam entre eles. Passa até o tempo para eles. Que não têm outra coisa para fazer aqui dentro [...] Muitas vezes, eles têm desorientação até por estar nesse ambiente, estão longe da família, estão num local onde eles nunca estiveram, estão vendo pacientes, às vezes, piores do que eles” (Humanização).

Um dos pacientes e um dos familiares entrevistados, que também já foi paciente de UTI, referiram que a experiência de estar na UTI enquanto paciente foi negativa e que nem sempre foram bem atendidos. Sentiram a falta da família, desejavam ter um acompanhante na UTI e consideram que para um paciente acordado na UTI é muito ruim ver os outros pacientes que encontram-se mais graves. A falas a seguir ilustram a experiência desses entrevistados enquanto estiveram internados na UTI.

“A UTI é horrível porque é o pior lugar do hospital. Aonde tem lugar pior que a UTI dentro do hospital? Tu não come, tu não bebe, tu não fala, não se lembra de nada, não se lembra o que passou. Fiquei três a quatro dias aqui sem me lembrar de nada. Estou falando isso porque eu já tive internado numa outra UTI. Meu irmão

também teve internado naquela UTI onde eu já estive. Parecia um morto! É horrível, horrível, horrível. Deus ajude que nunca ninguém caia lá. [...] E na UTI, quando a gente tá lá, a gente tá naqueles aparelhos, a gente não come, não dorme quase, só delira...” (Paciente 3).

“Eu achei péssimo! Péssimo mesmo foi que eu, sei lá, fui até assim maltratada. Que a gente pede as coisas e eles não dão bola né? Quando eles viam que eu tava com a boca seca, ah isso é normal eu não sei o que. [...] E eu já disse, se eu adoecer denovo, não me levem para a UTI, por favor! Passar o que eu passei, eu não quero mais” (Familiar 13 – esposa – falou aqui da sua experiência enquanto paciente).

Os pacientes não estão na UTI porque vão morrer mas, na maioria das vezes, encontram-se muito mal e correm o risco de morrer. Têm muitos pacientes viáveis na UTI que são tratados, melhoram e recebem alta. Há pacientes que sobrevivem, mesmo estando mal e outros, enfrentam a terapêutica da UTI sem sucesso. Às vezes, os pacientes estabilizam, não melhoram e nem pioram. Alguns se esforçam bastante para continuar vivendo.

### **5.2.3 Associando o ambiente de cuidados à assistência de Enfermagem/Saúde**

A assistência aos pacientes na UTI está relacionada ao cuidado direto e intensivo, assistindo e monitorando os mesmos permanentemente, proporcionando uma assistência humanizada, de qualidade e livre de riscos. Assim, 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, cuidando para que o paciente que se encontra acordado e lúcido não veja outros pacientes que se encontram em situação mais grave, vendo sempre o que é melhor para os pacientes

e, fazendo com que os pacientes se sintam bem cuidados em todos os sentidos, mesmo estando em coma, sedados ou inconscientes.

“...pacientes graves que necessitam de cuidados permanentes, tanto médico quanto de enfermagem. Por isso, a necessidade de uma assistência qualificada, tendo em vista que na maioria dos casos, existe a necessidade de aparelhos especiais” (Dedicação).

“...o cuidado não é só na questão de deixar o paciente num posicionamento adequado, com os medicamentos monitorados. Não é só esse o cuidado, mas o cuidado também de respeitar ele em si né? Tratar o paciente com afetividade” (Familiar 7 – filha).

Os profissionais da UTI trocam opiniões entre si e discutem sobre a situação em que os pacientes se encontram e as condutas a serem tomadas; planejam a cadeia de eventos necessários a partir do diagnóstico médico, conduzindo cada paciente de modo singular; avaliam os pacientes diariamente, analisam os prontuários, verificam os exames laboratoriais e pensam no que pode ser feito por eles; investigam a situação de saúde dos pacientes, a fim de otimizar o tratamento; acompanham o desmame e a extubação, entre outros. Buscam evitar a infecção cruzada através do cuidado e da higiene constante das mãos, ao lidar com cada paciente e de paciente para paciente.

É indispensável manter os pacientes higienizados, proporcionando-lhes conforto e bem-estar. É preciso ajudar os pacientes e fazer com que eles concentrem as suas energias para se recuperar da doença e não para sanar estresse de estimulação. É importante expor os pacientes ao sol quando for possível e estimulá-los a comer quando for o caso. Na maioria das vezes, os profissionais precisam estar sempre atentos, principalmente, para as alterações dos pacientes, ficando na volta dos mesmos e tendo uma atenção redobrada quanto aos cuidados. Alguns pacientes recebem cuidados paliativos na UTI.

“O cuidado, então, seria aquele cuidado intensivo, que a gente deve ter, digamos assim, um cuidado bem mais detalhado com o paciente, voltado a um atendimento global, sempre trabalhando junto com toda a equipe. Então, visando otimizar a saúde do paciente ou, pelo menos, proporcionar um melhor conforto” (Participação).

### 5.2.3.1 Realizando procedimentos no paciente

Os procedimentos realizados nos pacientes são bastante frequentes e invasivos e, às vezes, até agressivos, tais como a entubação endotraqueal, a drenagem de tórax, a passagem de cateteres venosos centrais, a pericardiocentese, a passagem de marcapasso, a hemodiálise, as cirurgias e, principalmente, a traqueostomia, entre outros.

Os procedimentos médicos, de enfermagem e também de fisioterapia ocorrem continuamente e, geralmente, há o envolvimento de diversos profissionais no preparo e na realização desses procedimentos e no lidar com o paciente e, muitas vezes, os procedimentos precisam ser realizados rapidamente. Muitos procedimentos terapêuticos são realizados na UTI para evitar transportar o paciente. Mas, há também procedimentos que são realizados em outros ambientes fora da UTI e, nesse caso, é preciso estar atento para a importância do preparo para o transporte do paciente com tudo aquilo que se fizer necessário, em termos de equipamentos, medicamentos e outros. Alguns procedimentos mais complexos, como o cateter de Swan Ganz, requerem mais tempo para o preparo. O próprio paciente também precisa ser preparado para os procedimentos.

Ao realizar procedimentos no paciente, vários elementos precisam ser considerados pelos profissionais, tais como: a confirmação do procedimento, a confirmação do paciente, o preparo dos materiais e equipamentos necessários e que vão ser utilizados, observando se o paciente está higienizado e se o espaço onde ele se encontra está limpo e em ordem, mantendo a privacidade do paciente, procurando ter todo o material em mãos para começar e terminar em menor tempo, explicando ao paciente o que vai ser feito, procurando fazer tudo de uma vez só no paciente, de forma ágil, para evitar o sofrimento prolongado do paciente e preservar o paciente de exposições desnecessárias. Para exemplificar,



cita-se, a seguir, uma fala sobre a técnica da realização de um banho de leito num paciente:

“É, pensando num banho de leito, por exemplo, prepara um carrinho com todas as roupas, com a fralda, toalha, lençol, com todo o material necessário, a água já está checada que está quente, faz a bandeja de curativo, se precisar fazer curativo, tu já meio que finaliza, e já tem que estar com o sabonete, com o hamper, antes mesmo de descobrir o paciente. Então, na hora que tu descobre, é porque já está tudo ali, e a luva já está posta e aí o banho começa. [...] Então chega, conversa, orienta, mesmo sabendo que ele não vai te responder” (Luz).

Devido ao espaço limitado em que o paciente se encontra na UTI, no caso o box, os preparos prévios para os procedimentos são realizados em outro local, como no posto de enfermagem, e os profissionais se dirigem ao box do paciente já com tudo preparado e pronto para administrar e, preparam o paciente, ao chegarem no box.

#### **5.2.4 Necessitando considerar o paciente como um ser vivo e humano**

Os profissionais da UTI criam um mecanismo de adaptação ao trabalho e acabam, muitas vezes, não se sensibilizando mais com o sofrimento e a condição de saúde dos pacientes e, inclusive, podem começar a cuidar dos pacientes de modo rotineiro, mecanizado e muito técnico, priorizando a dimensão biológica e esquecendo das demais dimensões do ser humano.

Dessa maneira, o paciente da UTI, às vezes, é visto e tratado como um objeto de trabalho por parte dos profissionais que, frequentemente, se preocupam mais com o fazer técnico do que com o próprio paciente que está ali, seja pelo acúmulo de serviço, seja pela

falta de organização, má vontade e/ou falta de ética, conforme a fala a seguir

“...acho que a gente tem que ter mais carinho, mais atenção com eles aqui [...] A gente fica muito rotineiro assim. A gente fica como se fosse uma máquina. A gente faz todos os dias a mesma coisa. E, às vezes, a gente esquece que ali tem uma pessoa, que ele tem uma história, que ele está passando por uma dificuldade e a gente vai levando tudo assim, tem que ser tudo muito rápido, não dá tempo de conversar, não dá tempo de dar atenção para a pessoa que, às vezes, está precisando mais da escuta do que um medicamento. Acho que é isso que falta um pouco [...] Às vezes, trabalham em dois serviços, já vem cansados, o salário é baixo. Tudo isso interfere” (Prontidão).

Assim, o tratamento da equipe em relação ao paciente, às vezes, é frio e despersonalizado e há momentos em que, em vez de se olhar para o paciente, se foca os aparelhos, o que faz com que até a morte de um paciente pode passar despercebida para os profissionais, porque os aparelhos (respirador, monitor, oxímetro) continuam funcionando e nem sempre apitam.

Os profissionais procuram, na maioria das vezes, não se envolver com os pacientes e há momentos em que oferecem pequenas coisas aos mesmos, inclusive, cometendo erros com os pacientes, quando não se apresentam aos mesmos, quando não os chamam pelo nome, quando não os situam no tempo e no espaço, quando não respeitam a sua privacidade, quando há descuidos em relação ao barulho e à segurança do paciente e quando não comunicam aos pacientes previamente os procedimentos a serem realizados. No entanto, os pacientes precisam saber o que vai ser realizado, independente do nível de consciência. Às vezes, os profissionais não procuram nem saber o nome dos pacientes.

Há momentos em que os profissionais acabam indo muito para alguns leitos, descuidando de outros. Outras vezes, desviam a atenção dos pacientes, assistindo televisão, lendo jornais e revistas, ou tendo

conversas desnecessárias sobre diversos assuntos, e acabam esquecendo que o paciente precisa e depende dos profissionais.

Os profissionais precisam se conscientizar e se dar conta sobre a maneira de se referirem e se relacionarem com os pacientes e é preciso que todos os envolvidos com os pacientes conversem com os mesmos, situando-os, tratando-os com respeito e comunicando sempre o que vai ser realizado.

Torna-se necessário ver cada paciente como um ser singular e multidimensional, com problemas e necessidades, tendo mais carinho e atenção com os mesmos, chamando-os pelo nome e importando-se com eles. É preciso ter mais humanidade no cuidado com o paciente, o que não depende de tempo. Tendo um pouco de boa vontade da parte de todos os profissionais, pode-se tentar melhorar e dar uma assistência mais qualificada ao paciente.

### **5.2.5 Interagindo com os pacientes**

A interação da equipe com os pacientes é considerada positiva e, com alguns pacientes a equipe se envolve mais e acaba criando um vínculo quando os mesmos não estão mais sedados, saem da respiração mecânica e estão conscientes.

“...E a gente brinca, às vezes, com esses pacientes que estão acordados, conversa: e daí, como é que está? E aí é pra tentar fazer ele esquecer um pouquinho também do sofrimento. Eu acho isso legal!” (Harmonia).

Os pacientes que estão mais acordados interagem mais com a equipe e acabam entrando na brincadeira junto com os profissionais e começam a saber o nome dos mesmos. O pessoal da enfermagem acaba tendo um elo maior e um vínculo maior com os pacientes, criando laços de confiança, o que é considerado terapêutico e através do qual também a enfermagem se sente importante e, inclusive, procura visitar os pacientes nas unidades de internação após receberem alta da UTI.

### 5.2.6 Observando os profissionais

Os familiares costumam observar o ambiente da UTI de um modo geral, como a apresentação, a organização e a limpeza mas, principalmente, os profissionais. E isso eles fazem na hora em que o paciente interna na UTI, durante os horários de visita e nos casos em que o familiar fica ao lado do paciente.

Os familiares procuram observar tudo nos profissionais, desde a expressão facial, a postura, o equilíbrio emocional, as reações, o humor, a paciência, a educação, a simpatia, a relação interpessoal com os demais profissionais, porque acreditam que tudo isso vai refletir no cuidado prestado aos pacientes. Eles observam não apenas a técnica em si, mas principalmente a maneira como a mesma é realizada, de acordo com a fala a seguir.

“...lá na UTI onde meu pai estava internado, eu gostava de ficar observando as enfermeiras conversarem, se existe amizade entre elas, se elas eram pessoas simpáticas, educadas, porque isso vai refletir no serviço. Então, se tinham problemas. A gente consegue perceber na expressão facial que ela está tendo um desconforto, de um suspiro, por exemplo. Então, a gente consegue perceber quem tem um pouco mais de habilidade humana, a gente consegue perceber isso. Então, pra quem é familiar isso é muito importante assim, conseguir ver que a pessoa está equilibrada emocionalmente para atuar no serviço de saúde” (Familiar 7 – filha).

Os familiares sentem um conforto maior e acreditam que o paciente possa evoluir quando, ao visitarem os pacientes, conseguem enxergar os profissionais, cuidando dos pacientes e dando atenção para as famílias também, importando-se com as mesmas e, principalmente, ao verem que o paciente está limpo, confortável, bem posicionado e com prevenção de úlceras de pressão.

Para os familiares é fundamental a apresentação do ambiente da UTI em termos de organização, harmonia e limpeza, o que os deixa mais confortáveis, mais seguros e tranquilos em relação ao cuidado com o paciente e em relação à confiança nos profissionais e na tecnologia da UTI, conforme a fala a seguir.

“...Então, quando a gente chega e vê o ambiente harmonizado, organizado, limpo, arejado, isso já é uma coisa que nos deixa mais confortáveis, mais seguros e mais confiantes. Bom, ele está sendo bem cuidado!” (Familiar 7 – filha).

### 5.3 UTILIZANDO TECNOLOGIA ADEQUADA E DIFERENCIADA

A categoria Utilizando tecnologia adequada e diferenciada, também considerada condição causal, faz parte da estrutura da UTI, ou seja, é uma condição determinante na existência da UTI e que a diferencia dos demais ambientes. Apresenta como subcategorias: Recursos tecnológicos e Recursos materiais. As mesmas são descritas conforme segue.

#### 5.3.1 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. No entanto, o ambiente de cuidados da UTI envolve muito mais do que a tecnologia, como destaca a fala: “...Então só pode considerar um ambiente adequado de UTI se tu tiveres uma tecnologia adequada. Porque é para isso que ela se faz” (Alegria).

A máquina, ou seja, a tecnologia, tornou-se aliada do ser humano, ao agir de forma precisa no cuidado e monitoramento dos pacientes, não deixando margens a dúvidas e possíveis erros. Quando

não se consegue dar conta do paciente em outros ambientes, ele é internado na UTI, principalmente, devido a disponibilidade tecnológica, o que ajuda no cuidado e favorece o tratamento. Dessa maneira, a tecnologia também faz parte da humanização e a falta de equipamentos na UTI acaba angustiando os profissionais. Geralmente são vários equipamentos ligados ao mesmo tempo nos pacientes, fazendo com que a máquina gerencie o cuidado, como destacado na seguinte fala

“... a UTI é movida a máquinas. Se a gente for olhar, os dados precisam ser muito precisos, tudo tem que ser muito bem calculado. Enfim, é a máquina que passa a coordenar, a gerenciar, a editar praticamente tudo” (Visão sistêmica).

Na UTI, praticamente todos os aparelhos têm alarme, e esses alarmes são úteis para os profissionais poderem se orientar em relação ao cuidado e tratamento dos pacientes. Às vezes, vários aparelhos apitam ao mesmo tempo e os profissionais começam a conhecer o que cada alarme está significando no momento em que toca.

Desse modo, o uso dos aparelhos com alarmes tem vantagens e desvantagens. Tem a vantagem de orientar os profissionais e mesmo que os profissionais desvinculem um pouco o seu pensamento da UTI, o alarme vai tocar, indicando que existe algo a ser feito. As desvantagens estão associadas à presença de ruídos e poluição sonora no ambiente, o que não é bom para os pacientes e, por vezes, nem para os profissionais, mesmo que nem sempre esses últimos se dão conta disso e, os profissionais acabam se atendo à máquina e o próprio profissional acaba se tornando máquina também, ao atuar de forma mecanizada.

### **5.3.2 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.

“...Tem o controle rigoroso de materiais e tudo mais. Que você vai ter que estar sempre ali. Nunca vai faltar material. Porque, às vezes, na unidade falta alguma coisa. Aqui têm tudo à mão, tudo o que você precisa está no lugar. É só pegar e cuidar” (Humildade).

Os profissionais desejam utilizar material e equipamentos que resolvam e sejam úteis, e que tenham acesso aos mesmos. Há a utilização de carrinhos para transportar os materiais, como o carrinho de emergência, o carrinho de higienização, o carrinho de limpeza, carrinho para roupas, entre outros. Há diferentes tipos de medicamentos, infusões, sondas, cateteres, seringas, agulhas, luvas, material para curativo, roupas de cama, equipamentos para higienização dos pacientes. Há materiais de limpeza diferenciados, como luvas, balde e pano para limpar as paredes, o chão, os banheiros e o isolamento. Eventualmente também ocorre falta de equipamentos, como biombos e, nesse caso, há a necessidade da improvisação por parte dos profissionais.

#### 5.4 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 compõe o espaço físico da UTI; Comparando duas UTIs a partir da construção de uma UTI nova e Precisando de um ambiente para os familiares. As mesmas são descritas a seguir.

### **5.4.1 Levantando os elementos que compõe o espaço físico da UTI**

O ambiente físico da UTI é composto por um espaço com várias repartições. Apresenta um salão grande onde se encontram os boxes dos pacientes e um espaço para o atendimento dos profissionais, ou posto de enfermagem, que geralmente é centralizado. Tem UTI que apresenta o box com divisórias de concreto ou outro tipo de material, enquanto outras apresentam apenas cortinas ou biombos para separar um box do outro. Além disso, na UTI também há quarto de isolamento protetor para pacientes com doenças infecto-contagiosas, expurgo para limpeza de materiais e despejo de secreções que saem do paciente e outros, banheiros para pacientes e funcionários, copa para os funcionários, quarto para descanso dos funcionários, entre outros e, há também a necessidade de espaço para dispor o material e equipamentos e um ambiente para os familiares. Há UTIs que apresentam um banheiro de uso comum para os pacientes. Outras só apresentam banheiro no quarto de isolamento para os pacientes.

O cuidado na UTI também têm a ver com o ambiente como um todo, ou seja, com o espaço físico e a sua apresentação, o que também contribui para o bem-estar dos profissionais, pacientes e 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 box 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-se à privacidade dos pacientes, utilizando cortinas em cada box.

Entretanto, na UTI 1, construída nova há pouco tempo, foram apontadas algumas inconveniências em relação ao espaço em que os pacientes se encontram, tais como: a falta de privacidade dos pacientes, não só em relação ao box onde eles se encontram, mas também em relação ao ambiente da UTI propriamente dito; o fato de nem todos os pacientes ficarem visíveis para os profissionais, a partir do posto de enfermagem, da onde também procuram monitorar os pacientes, o que acaba isolando os pacientes na UTI; a presença de janelas muito altas na UTI, o que impede aos pacientes a visão externa e boxes com tamanho muito pequeno, como especifica a fala a seguir.



“... o paciente deveria ter mais privacidade, não só quanto ao local onde ele está, a cama, o leito, o local onde ficam as coisas desejáveis. Assim, não estar tão exposto como são as UTIs. Você logo entra e dá de cara com o leito do paciente. É aquilo ali na verdade. Tu vê aqui na nossa UTI né? Tu abres a porta aqui, tu já passa, passa já olhando pra dentro do leito do paciente. A gente não se dá conta muito assim dessa parte no dia-a-dia, com a privacidade do outro, a não ser quando a nossa é...” (Vínculo).

Já em relação à UTI 3, alguns profissionais acham bom o espaço físico que foi reformado recentemente, enquanto outros consideram o mesmo inadequado, pequeno, com os leitos muito próximos e com pouca individualidade para os pacientes. O fato de ter os leitos abertos e com divisória de cortinas foi apontado que facilita o trabalho dos profissionais ao conseguirem visualizar todos os pacientes ao mesmo tempo, bem como otimizar o cuidado dos pacientes mais graves. Por outro lado, isso acaba interferindo na individualidade dos pacientes, e tem familiares que referiram que um paciente não deveria ver o outro na UTI.

“...eu acho o ambiente muito ruim. Acho que a pessoa que está na UTI, além da doença, ela se choca com essa situação de estresse na volta... esse ambiente pequeno, com urgência na volta, gente morrendo do lado. Acho que poderia ter mais espaço, um ambiente que, se tivesse os quartos mais separados, com mais individualidade e uma área física melhor, acho que teria que ter. Aqui nós já tivemos separado, mas no fim com muito pessoal, ficava pior de cuidar os pacientes mais graves” (Exemplo)

Vários outros elementos também fazem parte do ambiente físico da UTI, tais como: as cores, a iluminação, a ventilação, a temperatura, a sonoridade, o barulho, a limpeza, o cheiro.

As cores foram apontadas como algo que remete a várias sensações diferentes, podendo tornar o ambiente mais vivo e agradável, conforme a fala a seguir

“Eu acho que o amarelo claro, o azul claro, o verdinho claro, são cores que eu já vi em ambientes e que eu acho que favorecem o ambiente, ficou um ambiente mais agradável” (Agradável).

A iluminação pode ser tanto natural como artificial, e está relacionada à luz artificial e à presença de janelas que permitem a entrada da claridade e até do sol. Algumas UTIs têm a presença da iluminação natural e luz solar, o que é considerado bom para o paciente e profissionais, proporcionando um ambiente mais claro, dando um ânimo maior e tornando o trabalho mais agradável. Por outro lado, um ambiente mais escuro ou manter apenas a luz artificial parece deprimir os pacientes e contribuir para a desorientação dos mesmos no tempo e no espaço.

Os profissionais valorizam e consideram necessária e benéfica a presença da luz natural para não ter apenas a luz artificial. Entretanto, as cortinas das janelas, muitas vezes, permanecem fechadas, ou os profissionais têm o hábito de fechar as cortinas e deixar a luz artificial ligada continuamente.

A ventilação é artificial na UTI e normalmente é utilizado o ar condicionado, que permanece sempre ligado, motivo pelo qual não são abertas as janelas da UTI, de acordo com a seguinte fala

“...mas, na nossa conjuntura hoje, não se pode abrir janela. Isso é determinação da comissão de controle de infecção hospitalar e da ANVISA. [...] O ar condicionado ele é programado pra fazer troca de ar. [...] Então, foi construído para não haver a necessidade de abrir as janelas por questão de ventilação” (Acolhimento).

Quanto à abertura das janelas da UTI, há controvérsias entre os profissionais, pois, os profissionais de enfermagem valorizam a ventilação natural, enquanto há profissionais de medicina que consideram que a abertura das janelas na UTI permite a entrada de insetos que poderão causar infecção, além de favorecer a saída do ar frio, conforme a fala

“A não ser que a gente tivesse tela, e garantindo todo o fechamento, aí a gente vai perder a visibilidade [...] Se tu abrir ali, todo o fluxo de ar frio sai por ali. Então, se tu abrir qualquer janela, tu não podes ligar o ar condicionado” (Acolhimento).

Normalmente, há muito barulho e ruídos na UTI devido a presença de respiradores muito barulhentos, bombas de infusão e monitores apitando, conversas altas dos profissionais, especialmente durante o dia, o que influencia no bem-estar dos pacientes, dificultando o tratamento dos mesmos. Os profissionais reconhecem que o ambiente da UTI precisa ser tranquilizador para os pacientes, e que o cuidado no ambiente da UTI, requer também o controle dos ruídos e sons, o bater de portas, comentários desnecessários e conversas altas.

“...Normalmente, quando o paciente está acordado, ele sempre reclama do barulho. [...] Eu acho que tem muito barulho” (Vínculo).

“Eu acredito que de uma nota de zero a 10, eu daria 07 pros ruídos. Eu acho que tem bastante ruídos” (Iniciativa).

Por outro lado, alguns pacientes e familiares consideram o ambiente da UTI silencioso. Entretanto, os familiares permanecem pouco tempo na UTI e os pacientes nem sempre estão acordados.

O ambiente da UTI precisa ser um ambiente limpo e, a limpeza é considerada fundamental para promover o cuidado no local. A UTI é

considerada um ambiente limpo pelos profissionais, pacientes e familiares.

Houve familiar que fez uma observação em relação ao piso da UTI, salientando a necessidade de uma boa manutenção do mesmo, por se tratar de um ambiente de UTI, conforme a fala

“Por exemplo, o chão. Uma coisa que eu reparei, ali está meio quebrado [rachado]. Acho que por ser uma UTI, era para ter uma manutenção melhor” (Familiar 11 - cunhado).

Na UTI, é necessário ter um ambiente físico adequado para assistir os pacientes e que também seja favorável para os trabalhadores que atuam nesse ambiente. Segundo os profissionais, o mesmo deve ser amplo, tranquilo, melhor estruturado do que é, e deveria ser melhor estudado na sua forma física, consultando as opiniões dos profissionais que atuam na UTI, como especifica a fala a seguir

“Eu acho que estruturalmente são poucas as UTIs que estão bem estruturadas. A gente vê porque a gente acaba conhecendo vários locais [...] Tem muita coisa que a gente, como lida todo dia, a gente sabe o que a gente precisa, né?” (Vínculo).

Os profissionais referiram ainda que, quando o ambiente físico é tranquilo e organizado, o ambiente tende a ficar bom. Do mesmo modo, para os familiares é fundamental a apresentação do ambiente da UTI em termos de organização, harmonia e limpeza, o que os deixa mais confortáveis, mais seguros e tranquilos em relação ao cuidado com o paciente e em relação à confiança nos profissionais e na tecnologia da UTI, conforme a fala a seguir:

“...Então, quando a gente chega e vê o ambiente harmonizado, organizado, limpo, arejado, isso já é uma coisa que nos deixa mais confortáveis,

mais seguros e mais confiantes. Bom, ele está sendo bem cuidado!” (Familiar 7 – filha).

#### **5.4.2 Comparando duas UTIs a partir da construção de uma UTI nova**

Os profissionais entrevistados da UTI 1 acabaram de passar pela experiência da construção de uma UTI nova e fizeram uma comparação entre a UTI anterior e a nova. Segundo eles, a UTI anterior era pequena, tinha poucos leitos, era tudo muito apertado, era escura, praticamente não entrava luz solar, as janelas eram pequenas e altas, mal se sabia se estava chovendo ou tinha sol, era desagradável, já estava deteriorada e o ambiente não favorecia. O posto de enfermagem não era no meio do salão. Os boxes dos pacientes eram pequenos, separados por cortinas e faltava espaço para armazenamento de materiais e equipamentos nos mesmos. Foi destacado que os familiares não tinham vontade de visitar os pacientes e ficar um pouco do lado deles, porque sentiam uma sensação de morte nessa UTI anterior, por considerarem a mesma escura, feia, fria e com aspecto sujo, questionando-se sobre a assistência oferecida aos pacientes no local, conforme a fala

“...o ambiente não favorecia, parecia que eles ficavam olhando, será que está limpo mesmo isso aqui? Será que eles estão cuidando direito? Sabe, era meio assim” (Agradável).

Entretanto, em relação à essa UTI anterior, foi apontado como aspecto positivo pelos profissionais, o fato dos mesmos conseguirem visualizar todos os pacientes, a partir do posto de enfermagem.

Já na UTI nova, houve uma grande mudança no ambiente físico, segundo os entrevistados, sendo muito melhor do que a anterior, mais espaçosa, tendo dois salões para UTI, cada um com 10 (dez) leitos, um separado do outro, sendo mais arejada, mais tranquila, bem iluminada, com janelas maiores, em que os profissionais podem olhar para a rua, sendo que algumas áreas proporcionam uma visão externa privilegiada e se consegue distinguir o dia da noite, se têm chuva ou sol. A cor é clara

(bege), tranquiliza e dá uma animada maior. Ambiente agradável, harmonioso, melhor para o paciente e para a família. Os boxes onde ficam os pacientes, são mais individualizados, maiores, mas alguns um pouco distantes. Os leitos dos pacientes também são maiores. O posto de enfermagem fica no centro da UTI e segundo eles, essa UTI nova facilita a limpeza e a manutenção do ambiente.

“...geralmente as UTIs tu vai ver, elas tem pouca iluminação direta. Aqui a gente quando fez a reforma e que trouxe o nome à UTI de ambiente, a gente já pediu janelas um pouco maiores pra que tivesse a possibilidade de entrar sol” (Organização).

Entretanto, há profissionais que consideram a UTI nova mal planejada, mal estruturada, muito extensa e confortável apenas quanto ao tamanho. Referiram que faltou a participação efetiva dos profissionais no planejamento da planta física dessa UTI nova e que as deficiências foram percebidas após a sua utilização. Destacaram que está tudo muito em cima onde fica o posto de enfermagem e que os profissionais queriam que o recuo dos pacientes do posto de enfermagem fosse um pouco maior; que a estrutura poderia ser maior, com uma disposição diferente dos pacientes no leito, principalmente, na entrada; que têm leitos que os profissionais não enxergam a partir do posto de enfermagem, bem como os monitores conectados nos pacientes; que não têm corredor isolado para passagem de pessoas e material até a segunda parte da UTI, tendo que atravessar a primeira parte da UTI para chegar na segunda; que têm um expurgo para dejetos em apenas uma das duas partes da UTI nova; que têm dois isolamentos que tem comunicação entre si; que, apesar das janelas serem maiores, as mesmas são um pouco altas e os pacientes não conseguem olhar para fora.

“...Tu tens que pensar que são duas UTIs. Têm essa e têm aquela de lá. Então, não tem corredor isolado para as pessoas passarem, não tem. Vão passar no meio da UTI, pra lá e pra cá. Material sujo, um óbito, paciente internando. Tu pensa nisso aqui. Péssimo!” (Vínculo).

Também foi mencionado que é proibido colocar qualquer coisa na parede, tendo em vista não ser permitido furar a parede devido a contaminação e para que não se comece a colocar muitas coisas na mesma.

E por último, também foi explicado que foi preciso levar em conta as exigências da ANVISA e das Portarias existentes para se construir a UTI nova e que se conseguiu fazê-la, adequando-a à extensão, dentro das limitações financeiras e estruturais.

### **5.4.3 Precisando de um ambiente para os familiares**

Normalmente, o ambiente disponível para os familiares nas UTIs é a sala de espera, que geralmente é utilizada pelos mesmos durante os horários de visita. E, os familiares desejam aguardar num local próximo ao paciente, durante o horário de visita, enquanto se revezam para ver o paciente.

Entretanto, os profissionais entrevistados sugeriram que na UTI deveria ter acomodações não só para os pacientes, mas também para as famílias, atentando para a necessidade de se ter um local adequado para se conversar com os familiares, especialmente, sobre as más notícias.

“...Tu tens que ter um local para falar com a família, com essa história da morte, como já te falei. As boas notícias tu podes dar no corredor, em pé. É fácil! Agora as más notícias tu tens que sentar e conversar com a pessoa. Então, tu tens que ter um ambiente para isso dentro da UTI” (Alegria).

## **5.5 TENDO FAMILIARES COM PREOCUPAÇÃO**

Os familiares também fazem parte do contexto da UTI, pois fazem parte da história dos pacientes internados e são responsáveis por

eles, motivo pelo qual apresentam-se preocupados e na expectativa da melhora dos mesmos.

Entretanto, a presença dos familiares na UTI é muito restrita, e os mesmos, geralmente, vêm para a UTI apenas nos horários de visita ao paciente, que são fracionados e ocorrem, geralmente, 03(três) vezes ao dia, ou seja, pela manhã, à tarde e à noite, totalizando em torno de uma hora e meia a 02(duas) horas de visita diária. A UTI 3 apresenta horário de visita apenas à tarde e à noite, com apenas 30(trinta) minutos em cada horário.

Para os familiares, o que importa no ambiente da UTI, é o que conseguem ver, como a organização do ambiente, a limpeza e, principalmente, a higiene e o conforto do paciente e o bom atendimento dos profissionais.

A categoria Tendo familiares com preocupação inclui a seguinte subcategoria: Relatando a experiência de UTI enquanto familiar, conforme segue.

### **5.5.1 Relatando a experiência de UTI enquanto familiar**

Geralmente, a internação de um paciente na UTI acontece num momento inesperado para a família. E, os familiares, quando realizam a primeira visita ao paciente, às vezes, se chocam com o ambiente, com o número e a gravidade dos pacientes, mesmo que previamente orientados. Apresentam uma expectativa muito grande em relação ao paciente e vivenciam essa experiência de diferentes maneiras e com impactos diferentes, dependendo do jeito que encontram o paciente no momento, como constata as falas a seguir

“...quando me disseram que ela tinha que ir pra UTI a gente ficou assustado, até por causa da condição que ela foi, ela foi em coma induzido” (Familiar 2 - filho).

“No dia que eu cheguei, eu fiquei em choque de ver ele assim, porque ele saiu de casa são. Ficou mal pra cá. Porque ele não saiu de casa assim, aí quando eu cheguei e vi ele assim... Mas me



agarrei com confiança logo” (Familiar 6 - esposa).

“Então, pra mim, a experiência na UTI, na verdade, não foi uma experiência traumática, porque eu fui lá ver o pai, ele tava bem, já tinha voltado assim, já tava lúcido naquele dia” (Familiar 5 - filha).

Os primeiros dias de internação do paciente na UTI também chocam os familiares, que ficam agoniados pela situação em que o paciente se encontra na UTI, por tudo o que é feito no paciente, por terem que ficar separados dele e conseguindo vê-lo apenas durante alguns minutos por dia, por não poderem fazer nada, muitas vezes, nem mesmo conversar com o paciente durante as visitas. Após passados alguns dias de internação do paciente na UTI e tendo já realizado várias visitas ao mesmo, os familiares começam a se acostumar um pouco, adquirem confiança e até perdem um pouco o medo, e procuram se conformar com a situação, conforme as falas

“Eu vi que ele tava muito bem cuidado. Toda hora estavam olhando pra ele, ele tava muito bem cuidado. Eu ia pra casa à noite, cada vez que eu saía daqui, me sentia segura com ele. [...] Mas eu tinha toda a confiança assim. Fui tranqüila. Daí eu não me apavorei” (Familiar 6 - esposa).

“...que a gente tem que se acostumar né? Que tem que passar por isso né? Porque senão, se ela pudesse, ela tava no quarto” (Familiar 2 - filho).

“...saio dali até meio tranquilo. Tá respirando, eu olho lá como é que tá reagindo o coração dele, a respiração, então, eu não saio apavorado enquanto fico observando” (Familiar 1 - irmão).

Os familiares, geralmente, apresentam-se ansiosos e fragilizados, sendo que, na maioria das vezes, necessitam de apoio. Apresentam dúvidas e nem sempre sabem o que está acontecendo com o paciente. Nos horários de visita, chegam na UTI e querem saber como o paciente

está, como ele reagiu, se ele melhorou e, qualquer melhora do paciente é significativa para a família.

Com o tempo e o apoio de familiares e amigos, a situação, geralmente, se torna menos difícil para a família e, os familiares, enquanto aguardam na sala de espera, antes, durante e após o horário de visitas, procuram se conhecer e interagem entre si, e se mostram solidários uns com os outros, conforme segue a fala a seguir.

“...o que é bom assim lá da UTI é que, quando têm um paciente lá, tu via todos os familiares que têm pacientes lá, que tu via duas, três vezes, e vira tudo uma família só. Aí a gente fala e tu já começa a conhecer um, enquanto tu espera. Então, tudo ali é gente rica, é gente pobre, uma, duas vezes que tu te encontra ali, todo mundo ali é entrosado, todo mundo é uma família só. Um ajuda o outro, um quer saber do outro, sabe? Vira uma família enorme. Interação. É duas vezes se vê ali na ante-sala, já sabe, depois saem dali, nós já fazíamos uma reuniãozinha, cada um contava do seu paciente. E quando um tava mal, um consolava o outro. Isso não interessava se era rico, pobre. [...] Não tem diferença e tinha gente rica ali, daí falecia, um consolava o outro. Daí conta a história dele. E assim era antes e depois da visita” (Familiar 12 - esposo).

Quando têm um paciente internado na UTI, os familiares sofrem e acabam se envolvendo emocionalmente com a situação, direcionam o sentimento para isso e ficam assustados e agoniados, sentem angústia, medo e preocupação com o estado de saúde do paciente, mas sentem também segurança no atendimento dos profissionais, de acordo com as falas:

“...ninguém pode comparar o tamanho do que a gente passa porque são vinte e quatro horas! Quando você está acordado, você está passando por aquilo ali. Você só pára de pensar quando

dorme, só. Quando você está acordado, desde a hora que você acorda até a hora que você vai dormir, pensando total nisso aí, total” (Familiar 3 - filho).

“...eles dão o tratamento todo especial na UTI. E que talvez esse quadro dela que nós falamos agora, de achar que ela está preocupando e tal, como o [outro filho] está preocupado, é por causa dela, [...], por causa do organismo, por causa da lesão que ela teve no cérebro e não por causa do tratamento” (Familiar 2 - filho).

“A gente fica angustiada. Por exemplo, à noite, eu vou para casa, fico pensando no estado dele, como que ele passou a noite. Será que ele foi bem cuidado? Claro, a gente sabe que cuidam bem [...] Eu não durmo à noite” (Familiar 8 - esposa).

Geralmente, os familiares mais próximos do paciente procuram visitar o paciente na UTI. No entanto, nem todos os familiares podem visitar o paciente no horário de visitas e nem sempre os mesmos familiares podem visitar o paciente em todos os horários de visita. Assim, quem têm condições de visitar nos horários indicados, sente-se na obrigação de fazê-lo, especialmente, os filhos. Dessa maneira, geralmente, são os mesmos familiares que acabam visitando o paciente com maior frequência.

Alguns familiares, após passarem pela experiência de internação de um parente na UTI, acabam modificando a imagem que tinham de UTI antes, e se surpreendem com o ambiente e com o atendimento dos profissionais, que é diferenciado em relação aos outros ambientes hospitalares que conhecem, de acordo com as falas a seguir

“Tranquilidade e confiança foi, olha... muita pra mim. [...] uma vez a gente falava assim, quando a gente nunca tinha visto uma UTI. Não era uma coisa assim... [...] É, porque está na UTI, então não aguenta, está doente, está separado, está... cada um é um né? Eu achava que era muito pior, muito diferente. Não, hoje tenho outra forma de pensar” (Familiar 6 - esposa).

“Eu acho que meu pai foi muito bem cuidado, foi feito o máximo, o melhor que poderia ter sido feito. Então é, de fato, um ambiente que eu tenho que valorizar e tenho que agradecer a equipe por agirem dessa maneira” (Familiar 7 - filha).

Cada familiar se comporta de uma maneira, um diferente do outro e, mesmo numa mesma família, ninguém é igual. Alguns não têm coragem nem mesmo de visitar o paciente na UTI, e outros, já são mais corajosos, enfrentam a situação, por mais dura que seja. Há familiares que pensam que o paciente que interna na UTI vai morrer e, quando têm um parente na UTI, vivem numa expectativa assustadora, temendo receber, a qualquer momento, a notícia da morte do paciente, conforme a fala

“...Eu posso estar ali e ver ele morrendo e virem me falar, ó o teu irmão está morrendo, eu aguento ali firme. E os outros meus irmãos, já nenhum aguenta [...] A minha irmã saiu apavorada, não quis nem ficar aqui pra... O outro já saiu chorando. Porque eles pensam que a pessoa ali tá morto [...] Assusta eles... eles tão pensando que de uma hora pra outra uma ligação que se têm... Até uma ligação meio fora de hora, já vêm na cabeça que é a Enfermeira e que ele morreu.” (Familiar 1 - irmão).

Durante a visita ao paciente, os familiares procuram observar o paciente e conversar com ele, porém, nem todos. Alguns procuram tocar o paciente, fazer carinho, ver se o corpo do paciente está aquecido. Outros procuram observar os aparelhos e os valores que apresentam, mesmo sem entendê-los, como destacado nas falas

“Converso. Mexo bastante na cabeça, estando perto dele, eu nem devo, eu acho que a gente... Mas eu lavo as mãos ali, sempre eu faço isso. Sempre, sempre [...] Aí, às vezes, ali parece que estava correndo lágrimas” (Familiar 8 - esposa).

“Eu procuro não tocar ali na roupa, em nada. Não tocar nele. Que a gente toca, passando toca a mão na maçaneta, passa aqui, toca ali” (Familiar 9 - filho).

“Porque a gente quer entender alguma coisa em relação aos números, mas a gente não entende. Então, o olhar da gente, ele corre em todos. O olhar que a gente entende, ele corre em todos os números dos aparelhos, ele corre em tudo, mas a gente fica perplexa, a gente fica: será que, antes tava aqui assim, agora está correndo assim, está correto?” (Familiar 10 - nora).

Todos os familiares esperam que o paciente melhore e saia bem da UTI. Entretanto, alguns familiares são mais pessimistas e outros, são muito otimistas e procuram pensar positivamente e se apegam na confiança do atendimento dos profissionais e em Deus, de acordo com as falas a seguir

“Medo, em mim medo. Medo de ela piorar, de ela ficar sofrendo muito com isso e a gente também. Muito medo” (Familiar 3 - filho).

“Ah eu, a princípio, eu acredito na medicina, e eu acho, eu tô vendo assim que ela têm que passar por isso né? [...] eu quero pensar positivo né? Até que eles me digam que ela vai ficar assim, eu tô tentando nesse processo dela aí não sofrer por antecipação. Tentando fazer isso dessa forma, tentando aceitar e acreditar que..., porque assim, ele disse que ela pode ficar nesse estado vegetativo, mas ele disse que ela pode melhorar” (Familiar 2 - filho).

“...eu tive muita confiança nesses médicos. Não sei por quê, eu também me agarrei muito na confiança das enfermeiras, porque eu tinha toda a certeza de que ele vinha pra casa. Eu não tinha, não passou negativo na minha cabeça” (Familiar 6 - esposa).

Após certo período de internação do paciente na UTI, quando o paciente não está melhorando, os familiares começam a ficar mais preocupados, devido a demora que o paciente apresenta para evoluir e, principalmente, com o estado em que o paciente poderá ficar e, sabem que precisam estar preparados, inclusive, para perder o paciente, uma vez que o mesmo corre o risco de morrer, conforme especificam as falas a seguir:

“...eu estou ficando um pouco preocupado com essa demora pra progredir. Primeiro estabilizou, mas não melhora e nem piora. Então, a gente começa a ficar um pouco, uma semana já era pra ter começado a melhorar um pouco [...] O médico fala em acordar pouco, em acordar um pouco mais, ou em nem acordar. Então, isso começa a preocupar a gente” (Familiar 3 - filho).

“...É preciso que a gente esteja preparado que ela corre o risco de morrer. Ontem ele não falou, mas eles falam. Então, ainda que o quadro é praticamente o mesmo de quando ela entrou, só que está estabilizado por causa da medicação, e que ela pode ficar em estado vegetativo” (Familiar 2 - filho).

Os familiares são informados diariamente sobre a situação do paciente na UTI e, geralmente, estão orientados quanto à evolução do paciente. Às vezes, não querem que o paciente dê alta da UTI para ir para o quarto, porque ficam angustiados e com medo do paciente não ter um atendimento adequado após sair da UTI.

Há familiares que ficam traumatizados com a morte de um membro da família. Entretanto, nem todos. Enquanto alguns conseguem superar as experiências de morte na família, outros nunca as superam e levam as mesmas como uma experiência prévia negativa diante de uma próxima internação de um parente na UTI. Os familiares referem que é muito difícil e triste ter um parente na UTI e, esse sofrimento se torna ainda muito maior para a família quando esse parente chega a morrer na UTI.

“...não é sempre que tu encontra um parente na UTI né? Graças a Deus não é uma coisa comum né? Porque se fosse comum, talvez a gente ficasse até louco, porque a preocupação é grande” (Familiar 2 - filho).

“...Eu sonhava, lembrava dele só daquele momento, e eu queria lembrar dele bom, não queria lembrar dele na UTI, queria ter a memória dele bom. E aí foi difícil. Até eu conseguir desconstruí-la, foram três anos para realmente conseguir incorporar e conseguir me lembrar dele rindo” (Familiar 7 - filha).

## 5.6 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 bom funcionamento da unidade.

Na UTI, assim como em outros ambientes, os profissionais encontram fatores que facilitam o cuidado, e também, fatores que o dificultam. Entre os fatores facilitadores encontram-se o conhecimento, a dedicação, a seriedade no trabalho e o bom desempenho dos profissionais no atendimento aos pacientes. A sintonia entre a equipe, a organização e as capacitações também foram mencionadas como facilitadoras.

Entretanto, no trabalho em UTI, todos os dias se lida também com dificuldades das mais diversas, dependendo da instituição, tais como: problemas de encaminhamento de algumas questões; demora na resolução dos problemas; demora nas condutas em relação aos pacientes; a falta de reuniões entre a equipe para discutir o trabalho; a falta do poder de argumentação da enfermagem em alguns momentos, para explicar e convencer; a falta do estabelecimento de um trabalho pela enfermagem para o fortalecimento da equipe; a falta de comprometimento de alguns profissionais, dificuldade dos profissionais para transmitir notícias menos boas para os familiares em relação aos

pacientes; a resistência de alguns profissionais, dificuldades estruturais e a falta de apoio da instituição para tornar o ambiente mais humanizado para os familiares e pacientes; não conseguindo implementar a presença de um acompanhante ao lado do paciente na UTI; os profissionais sentindo-se observados e controlados com a presença da família ao lado do paciente, a baixa remuneração dos profissionais, falhas na formação dos profissionais da saúde ao se supervalorizar o aspecto técnico em detrimento dos demais aspectos, o distanciamento entre a teoria (academia) e a prática, a presença de estresse e conflitos e, uma convivência não tão boa quanto em outros momentos entre os profissionais, familiares e pacientes na UTI 1 estudada.

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. As mesmas são descritas a seguir.

### **5.6.1 Competência profissional**

O bom desempenho dos profissionais que atuam na UTI envolve o conhecimento, a autonomia, a iniciativa, a criatividade, a dedicação, a capacidade de manter-se neutro (separando o que é do profissional e do pessoal), compreender o significado de ser paciente de UTI, atender o paciente de maneira objetiva, mas também subjetiva e com qualidade técnica, saber reconhecer quando o paciente não está bem, a responsabilidade individual pelo paciente, reconhecer o que a equipe representa para o paciente. Acredita-se que essas são qualidades que todos os profissionais de UTI têm ou deveriam ter e quando não as têm, acabam sendo incentivadas pelos demais para desenvolvê-las.

Para atuar em UTI, os profissionais também precisam ter um raciocínio rápido, visto que as coisas mudam muito rapidamente. Além disso, os mesmos precisam ter uma noção de tudo e uma visão profunda de tudo, agindo com prontidão frente a todas as doenças e suas formas de expressão, ao extremo.



“...o profissional é aquele que tem que estar, digamos assim, tem que ter uma noção de tudo e uma visão profunda de tudo [...] tem que ter um raciocínio muito rápido” (Agilidade).

Os familiares percebem um interesse e uma preocupação muito grande por parte dos profissionais da UTI e os consideram bem dedicados com a medicação, com o ambiente, com a higiene e o cuidado com os pacientes, 24 (vinte e quatro) horas por dia. Inclusive, os consideram mais dedicados com os pacientes do que em outros ambientes, em todos os sentidos, especialmente, por tratarem os pacientes sem discriminação. Entretanto, os familiares também percebem que nem todos os profissionais têm o dom para trabalhar em UTI.

Vários pacientes referiram que os profissionais da UTI são muito bons, experientes, trabalham bem e destacaram que foram muito bem cuidados por eles. Reconhecem que os profissionais tentam fazer tudo o que podem para recuperar os pacientes.

### **5.6.2 Condições de trabalho**

As condições de trabalho na UTI envolvem desde o preparar-se para ir ao trabalho, o horário de chegada ao trabalho, o envolver-se com o trabalho, o fato de ter um número de pessoal treinado e adequado para trabalhar, a valorização profissional, o bom relacionamento entre os profissionais, pacientes e familiares, o respeito mútuo, as orientações e treinamentos para o trabalho e até rir e conversar, que também fazem parte da vida de quem trabalha na UTI.

O ambiente de trabalho na UTI é muito específico. Em função da grande quantidade de equipamentos, bem como a gravidade dos pacientes, as condições de trabalho da UTI, acabam amedrontando os profissionais de outros setores do hospital, desencorajando-os a trabalharem na UTI. Alguns não têm perfil para atuar em UTI, outros não gostam de trabalhar em ambiente fechado, e há também profissionais que não se adaptam na UTI. Entretanto, também foi relatado que, geralmente, os profissionais acabam se adaptando no

ambiente de trabalho da UTI e, depois que esses profissionais começam a trabalhar na UTI, vão se familiarizando com os equipamentos e o ambiente, e começam a entender o significado de cada alarme e, com o tempo, passam a encarar o trabalho na UTI com normalidade.

Há profissionais que não querem continuar trabalhando na UTI porque consideram o ambiente pesado e inadequado. Alguns acabam saindo e depois querem retornar. Na área médica a rotatividade de profissionais na UTI é muito pequena, porque trata-se de médicos intensivistas que optaram por essa área desde a formação profissional. Já a enfermagem, é uma profissão mais generalista, mas que também já apresenta na atualidade a tendência de optar por uma área específica de atuação. Há profissionais de enfermagem que trabalham na UTI por opção e, outros, que acabam trocando de setor por opção e/ou por necessidade do hospital.

Na UTI, geralmente, há sintonia no trabalho e os profissionais são bastante exigidos, devido a natureza do trabalho, que é de extrema atuação, motivo pelo qual o mesmo também é mais cansativo. A atuação dos profissionais é regida pela racionalidade instrumental, que é o aparato de normas e rotinas necessárias para o trabalho em UTI. Os profissionais trabalham com seriedade e devem procurar entender que estão prestando um serviço para a população. Devem trabalhar da melhor forma para gerar um cuidado melhor ao paciente, construindo um ambiente positivo no trabalho, cuidando dos seus relacionamentos, sendo responsáveis e trabalhando com dignidade. O conjunto de todas essas coisas faz com que o profissional seja bom ou negligente.

Foi relatado que os profissionais de enfermagem, muitas vezes, encontram-se sobrecarregados pelos inúmeros procedimentos prescritos e necessários, sendo mais pesado e trabalhoso também fisicamente para os mesmos o trabalho na UTI, em função da presença de pacientes obesos, além do desgaste psicológico. A presença de bactérias multiresistentes na UTI e o controle de infecção também se torna trabalhoso e cansativo para os profissionais de um modo geral, mas principalmente para a enfermagem.

Os entrevistados também apontaram que a remuneração dos profissionais da UTI nem sempre é boa e que os profissionais nem sempre são valorizados, especialmente, os profissionais de enfermagem.

Há UTIs que apresentam serviços terceirizados, como no caso o serviço de limpeza e fisioterapia. Os profissionais de limpeza necessitam de uniforme, materiais e equipamentos adequados para o trabalho, assim como os demais profissionais da UTI.

O trabalho na UTI, geralmente, acontece de forma multiprofissional, em que cada profissional realiza o seu trabalho e, às vezes, existe o encontro e a troca de opiniões. Entretanto, os profissionais reconhecem que o ideal seria o trabalho interdisciplinar na UTI.

Na UTI 1, os entrevistados referiram que o ambiente de trabalho apresenta diferenças entre os turnos diurno e noturno. Segundo eles, no período diurno, tudo parece funcionar melhor, há mais profissionais atuando, principalmente, técnicos de enfermagem, e há também a presença de escriturário. Além disso, há mais movimento, mais conversas e mais barulho no período diurno.

#### 5.6.2.1 Faltando comprometimento com o ambiente de trabalho

De um modo geral, foi mencionado que no hospital privado há mais comprometimento dos profissionais e dos serviços do que no hospital público e que o atendimento também é mais ágil no hospital privado como um todo, inclusive, na UTI, especialmente, quando se trata de avaliação de pacientes por parte de médicos especialistas.

A falta de comprometimento dos profissionais com o ambiente de trabalho da UTI, segundo os entrevistados, está relacionada, principalmente, ao fato dos profissionais manterem dois ou três empregos, em diferentes instituições, fazendo com que não estabeleçam vínculo com o serviço, mas, basicamente, apenas o cumprimento de horário, o que acaba tornando o trabalho mais superficial.

Assim, os participantes referem que não basta ter profissionais competentes apenas tecnicamente, que não sabem avaliar bem as condições de saúde do paciente como um todo e que só vêm na instituição para cumprir o seu horário, sem ter um compromisso maior com a instituição, porque isso também interfere no cuidado e no modo como se cuida, tornando o trabalho rotineiro e mecanizado.

“...Não adianta pessoas tecnicamente boas que só vem aqui cumprir o seu horário e saem daqui e esquecem todo o resto. Ou que se envolvem só com aquele seu bolinho, ou seu turno de trabalho” (Reflexão).

Foi apontado que há profissionais que não se envolvem nem com a unidade e, outros, que se envolvem apenas com o seu turno de trabalho e que, muitas vezes, tenta-se repassar para um outro profissional o que se poderia resolver mesmo. Além disso, foi referido que há uma dificuldade em encontrar profissionais que realmente sejam responsáveis por toda a sua ação, tendo responsabilidade, não apenas com a chegada no horário certo. Que há dificuldade por parte dos profissionais em assumir os próprios erros ou a negligência administrativa no ambiente de trabalho, transferindo os problemas aos outros, especialmente, aos funcionários da limpeza e/ou serviços terceirizados, ou ainda, ao coletivo, ou seja, ao “ninguém” e ao “nenhum” e que, dessa maneira, os erros vão se acumulando e tornando o ambiente, às vezes, insuportável e desmotivador.

Também foi mencionada a falta de preocupação dos profissionais de enfermagem e medicina, com a produção do conhecimento, principalmente, no hospital universitário.

#### 5.6.2.2 Levando em conta a saúde do trabalhador

O ambiente de trabalho da UTI possibilita o desgaste físico e, principalmente, o desgaste psicológico, e pode influenciar na saúde dos profissionais, provocando estresse e levando o próprio profissional ao adoecimento. Além disso, os profissionais encontram-se no mesmo ambiente onde se encontram os pacientes gravemente doentes e respiram o mesmo ar e há também o risco de contaminação por parte dos profissionais, ao entrarem em contato com o material biológico dos pacientes, conforme segue a fala

“ Principalmente a contaminação, né? Contaminação. Porque, geralmente, são pacientes

bem vulneráveis a qualquer tipo de contaminação, que podem estar repassando para gente, não só através do contato sangue/pele. É nasal, é oral. Porque o ar que tu respira é o mesmo ar deles. Então, isso é bem... já houve casos assim, no caso do meu filho que pegou uma bactéria. Tava com baixa imunidade, eu trabalhando normal, fui pra casa e levei uma bactéria daqui pra ele, foram as vias aéreas. [...] Foi comprovado. O que a médica falou: ou ele foi internado numa UTI, ou alguém trabalha em UTI. Porque essa bactéria só tem em UTI. Eu que levei” (Iniciativa).

Existem, entretanto, várias medidas que são adotadas no ambiente da UTI, às quais levam em conta o cuidado com a saúde do trabalhador, tais como: realizando exames antes de começar a trabalhar; valorizando e cuidando da própria saúde; mantendo o quadro de vacinas atualizado; usando equipamentos de proteção individual; evitando autolesões no trabalho; tendo menos contaminação para os profissionais; comunicando os casos de acidentes de trabalho; procurando diminuir os acidentes de trabalho e evitando que os profissionais sofram acidente de trabalho; armazenando adequadamente os perfuro-cortantes para evitar acidentes de percurso; evitando ter agulhas pelo chão; dividindo a sobrecarga de trabalho e evitando que a enfermagem faça esforço excessivo; orientando os funcionários da limpeza em relação ao trabalho; evitando ficar de joelhos na UTI; procurando manter o lixo sempre longe do rosto; colocando o jaleco e/ou outro uniforme no hamper para lavar após o uso no trabalho; evitando contato com a roupa que é usada para trabalhar, após o expediente de trabalho.

Foi apontado que falta equipamento de proteção para os profissionais da UTI quando são realizados exames de RX no local e que, nesses casos, os funcionários precisam se proteger atrás do técnico em RX para evitar que sejam atingidos pelos raios.

### 5.6.3 Demonstrando preocupação com a formação profissional e incentivando a capacitação

Alguns profissionais entrevistados demonstraram uma inquietação e preocupação em relação à formação dos profissionais da saúde, especialmente, dos novos profissionais e apontam que a universidade têm trabalhado menos na formação de profissionais com um olhar mais crítico, tornando-se necessário aliar à formação profissional, o compromisso técnico, crítico, cultural e político, de acordo com as falas

“Eu acho que a gente tem trabalhado menos, até por conta da história das diretrizes curriculares, com um olhar voltado, digamos assim, para um profissional mais crítico” (Reflexão).

“...acho que a escola está perversa. [...] A gente vê as pessoas desanimadas em pensar o novo” (Ética).

Essa inquietação se expressa também através da percepção de que há uma falha na formação ao se supervalorizar o aspecto técnico em detrimento dos outros aspectos, principalmente, em relação à formação dos médicos, conforme refletem as falas a seguir

“...Acho que a gente tem uma falha de formação, que a gente não é treinado, ou que, às vezes, não é valorizado este aspecto, tanto quanto o aspecto técnico. Assim, de uma maneira geral. Eu acho que a enfermagem tem esse olhar mais global, do paciente como pessoa, como família, mais do que os médicos” (Escuta Qualificada).

“...Então, eu acho que o que a gente precisa aliar nessa questão da formação é o compromisso técnico, o compromisso crítico. [...] Nós temos que pensar sim na formação técnica e política” (Reflexão).

Também foi relatado que há falhas na formação profissional relacionadas aos professores, que preocupam-se demais em transmitir informações aos alunos, formando, muitas vezes, máquinas eficientes tecnicamente e humanamente incompetentes, motivo pelo qual torna-se necessário rever a formação profissional, adotando novos referenciais e metodologias ativas que instiguem os alunos a pensar e a refletir, a fim de formar sujeitos pensantes e desenvolver neles uma atitude humana.

Dessa maneira, foi apontado que é preciso superar o paradigma tradicional linear, que é pontual e frio, necessitando quebrar rotinas, levando em conta o olhar sistêmico e um cuidado que considere as relações e interações.

Em relação à capacitação, cada hospital procura promover a capacitação e treinamentos para os funcionários, às vezes, a partir das dúvidas e/ou sugestões solicitadas aos profissionais e buscando, inclusive, envolver os próprios profissionais nas capacitações.

Na UTI 1, os profissionais são incentivados a realizarem cursos de capacitação e recebem compensação financeira para tanto. Entre os cursos de capacitação e treinamentos que estão sendo promovidos para os profissionais nessa UTI, foram citados: treinamento para trabalhar em UTI, capacitação dos enfermeiros, capacitações sobre novas rotinas, medidas de prevenção e resíduos hospitalares. Além disso, os profissionais também são liberados para participarem de eventos, tendo uma expectativa de que os mesmos possam se qualificar e produzir conhecimento. Entretanto, a participação efetiva dos trabalhadores nas capacitações e treinamentos têm sido dificultada pelo duplo vínculo profissional de alguns trabalhadores, pela falta de motivação pessoal e pelo fato dos convites para participar dos treinamentos e capacitações serem apresentados aos funcionários em forma de convocação e não em forma de incentivo para participar. Dessa maneira, foi apontado que os profissionais, para se sentirem motivados a participar de treinamentos e capacitações, se torna necessário entrar em contato com os mesmos, convidando-os pessoalmente e sensibilizando-os para a importância da participação.

Já na UTI 3, embora tendo capacitações para os funcionários do hospital como um todo, foi apontada a falta de treinamentos para os funcionários dessa UTI, inclusive, quando começam a trabalhar na mesma.

A educação em serviço na UTI, depende mais da iniciativa de alguns profissionais que procuram realizar a mesma com a equipe durante o próprio turno de trabalho, aproveitando o tempo disponível para esclarecer dúvidas, propor mudanças na unidade, fornecer orientações e dar sugestões, como ocorre na UTI 2.

“... tem enfermeira aqui na unidade, que adora dar curso durante o plantão. Ah, vamos aprender a mexer no monitor agora. Aí eles ensinam a mexer, hoje de manhã, tudo alternado. [...] Durante o trabalho mesmo. Às vezes, sobra um tempo. A cada duas horas a gente tem que monitorar né? Então, nesses intervalinhos a gente está sempre fazendo alguma coisa. Não fica parado. Acho que é bom. Esses treinamentos sempre tem” (Humildade).

Houve profissional que mencionou a ausência de educação em serviço na UTI 1, embora tenha sido apontado que a questão dos resíduos hospitalares, muitas vezes, é trabalhada diretamente na unidade, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

#### **5.6.4 Necessitando integrar a teoria e a prática**

Os entrevistados apontaram e questionaram o distanciamento entre a academia e a prática, relatando a necessidade de integrar e valorizar ambas, porque, segundo eles, quem atua na assistência precisa do apoio da academia e a academia, por sua vez, também precisa da experiência dos profissionais da prática, uma vez em que os profissionais da assistência têm aproximação com as tecnologias novas antes dos professores e, os professores administram muito mais conteúdo teórico do que prático e nem sempre estão tão atualizados com as novas tecnologias hospitalares, o que os distancia da prática. Outro motivo apontado que distancia a teoria da prática na academia é a falta de estudos clínicos, especialmente, na área da enfermagem.



Por outro lado, há tentativas de promover a articulação entre a academia e a prática hospitalar, através dos professores substitutos, que são profissionais da prática, e também, através dos profissionais que atuam no hospital e que são chamados para administrar alguns conteúdos na universidade.

### **5.6.5 A presença de estresse**

A UTI, às vezes, torna-se um ambiente pesado e estressante para os profissionais e pacientes, na qual algumas situações são mais estressantes do que outras.

Para os pacientes, o ambiente da UTI se torna mais estressante quando se encontram mais lúcidos, principalmente, pelo fato de estarem num ambiente estranho, separados da família, vendo pacientes que estão mais graves do que eles, a presença de alarmes e o esgotamento da terapêutica clínica médica. Há profissionais que consideram que seria melhor se os pacientes cardíacos mais lúcidos ficassem separados dos demais pacientes.

“Eu, no lugar do paciente, eu vejo isso assim, muito estressante! Muito estressante, por quê? Quando chega na UTI já não sabe pra onde está indo. Quando acorda já está com um tubo na boca. Muitas vezes, está com tubo na boca. Até ele voltar, saber onde é que ele está, o que está acontecendo... Às vezes, a gente não tem esse cuidado, de estar comunicando, sabe? Então, eu acho, é bem estressante para o paciente, mas é importante para o tratamento” (Iniciativa).

Já para os profissionais, torna-se estressante o processo de adaptação ao trabalho em UTI, a imprevisibilidade da UTI, um movimento agitado, a presença de pacientes muito graves, a ocorrência de paradas cardiorespiratórias, a presença de pacientes desorientados, agressivos e que gritam e a dificuldade de fazer os pacientes entender o que está acontecendo com eles. Além disso, também é estressante para

os profissionais a presença de pacientes com bactérias multiresistentes, a presença constante de pacientes que encontram-se no limite entre a vida e a morte, a falta de racionalidade de alguns profissionais e, especialmente, a dificuldade de lidar com a morte, de acordo com as falas a seguir.

“Maior estresse, normalmente, que as pessoas que trabalham em UTI têm, é lidar com a morte” (Alegria).

“É um ambiente estressante. Não vou dizer que seja sempre. Tem umas situações que são mais estressantes que outras. Por exemplo, às vezes, a UTI está muito agitada, tu têm pacientes graves. E, às vezes, os pacientes tendem a piorar, dois juntos, três juntos. Às vezes, está atendendo uma parada e está internando um paciente. Então, se torna um ambiente estressante porque não pode deixar o paciente que está atendendo para receber o outro ou, às vezes, têm duas paradas ao mesmo tempo. Assim, é um estresse, tem que dividir todo mundo. Um precisa de ti ali, outro precisa de ti lá e tu tem que te dividir em duas para tentar atender tudo” (Humanização).

“...ele é um ambiente que deixa de ser estressante, se a gente se habitua a conviver com essas condições assim limítrofes de ansiedade, estresse, angústia da família, sofrimento do paciente” (Acolhimento).

De outro modo, foi citado que uma das estratégias utilizadas pelos profissionais para aliviarem um pouco o estresse da UTI é conversar com os colegas.

### **5.6.6 Lidando com conflitos**

No trabalho em UTI, há a presença de conflitos, com os quais os profissionais precisam lidar diariamente. Ocorrem conflitos entre os

diferentes profissionais por divergências de opiniões e na forma de cuidar e assistir os pacientes, conflitos em relação à sobreposição da opinião dos médicos em relação à opinião dos demais profissionais, conflitos devido a falta de comprometimento de alguns profissionais com o trabalho em equipe, conflitos de relacionamento interpessoal, conflitos por falta de funcionários para trabalhar, conflitos familiares, entre outros. Há momentos entre a equipe em que há mais conflitos.

“Conflitos ocorrem, vão ocorrer, vão ocorrer sempre, em relações humanas sempre vão ocorrer. Mas, a resolução deles é mais facilitada pela proximidade” (Organização).

“...eu não vejo grandes conflitos. Às vezes, tem assim, entre colegas eu até não tenho sentido. [...] Mas, nada assim muito grave. Mais ou menos no dia-a-dia que vai ser bom, sem maiores problemas” (Exemplo).

No ambiente da UTI, a proximidade entre os profissionais favorece tanto o surgimento de conflitos, quanto a resolução dos mesmos que, geralmente, ocorre imediatamente, sem deixá-los pendentes. Outro fator que favorece a resolução dos conflitos entre os profissionais é o conhecimento mútuo.

## 5.7 ORGANIZANDO O AMBIENTE E GERENCIANDO A DINÂMICA DA UNIDADE

Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade foi definido 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 um cuidado qualificado, humanizado e seguro, frente 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 mesmo, ao reconhecimento da presença e importância da família no processo de cuidado e, à transmissão de informações para a mesma sobre o paciente, uma vez em que 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.

### **5.7.1 Organizando o ambiente e otimizando o cuidado**

O ambiente de cuidados da UTI envolve a organização do espaço, que precisa ser estruturalmente bem organizado para que seja possível prestar a assistência necessária e adequada ao paciente, inclusive, no que diz respeito à atuação em relação ao corpo funcional, para evitar perda de tempo da equipe, otimizar o cuidado, e realizando-o de forma ágil e qualificada.

“...Então o ambiente tem que estar organizado. Se não estiver organizado, o enfermeiro e toda a equipe, seja o técnico, médico, a fisioterapia, acabam também passando um trabalho maior, perdendo mais tempo” (Organização).

Dentro dessa organização do ambiente da UTI, faz parte a disposição dos móveis, equipamentos e materiais, a identificação das gavetas dos armários, a identificação correta dos materiais, facilitando a visualização rápida do material que está faltando e do material que é preciso repor, tendo tudo mais à mão para poder facilitar o acesso, atentando para a otimização e organização dos materiais de uso de emergência, prevendo recursos humanos e materiais, organizando

rotinas na unidade e trabalhando com a sistematização da assistência de enfermagem.

Embora seja necessário ter tudo próximo e disponível para evitar perda de tempo, também é preciso levar em conta as normas da vigilância sanitária e adaptar-se às mesmas, não podendo mais ter um estoque básico de materiais dentro da UTI, o que faz com que a disponibilidade do material de estoque acaba ficando, às vezes, um pouco longe e pode acarretar perda de tempo por parte dos profissionais, quando, eventualmente, não se têm tudo à disposição e é preciso se deslocar para buscar material, em caso de necessidade.

Normalmente, as UTIs apresentam um sistema de hierarquia, no qual a instituição estabelece as normas de funcionamento da unidade. No entanto, para facilitar o trabalho interno da UTI, relacionado aos cuidados e às rotinas, há uma organização própria em cada UTI. As questões de gestão na UTI envolvem a chefia médica, exercida por um médico e a chefia de enfermagem, exercida por um enfermeiro.

Entretanto, a organização e a manutenção constante do ambiente da UTI envolve a responsabilidade de todos os profissionais que atuam na UTI, seja na identificação dos problemas ou tomando as providências necessárias. O bom funcionamento da UTI requer, além da organização da unidade, uma equipe organizada que planeja as suas ações adequadamente.

Os entrevistados referiram que alguns profissionais de medicina e enfermagem são desorganizados e se preocupam demais em realizar o seu trabalho logo, sem realizar um planejamento e/ou avaliação adequados de sua conduta, priorizando mais alguns procedimentos do que outros, igualmente importantes.

Em função da organização do ambiente e otimização do cuidado na UTI, o próprio horário de visitas dos familiares é bem organizado e controlado, com horários bem determinados e pouco flexíveis, e os familiares não podem permanecer com o paciente dentro da UTI, além do horário estabelecido para as visitas, salvo algumas exceções. Inclusive, são orientados como devem proceder antes de entrar na UTI e como se comportar dentro da UTI, conforme a fala

“...Então, chega a enfermeira ou o enfermeiro e diz: Olha, vamos abrir a visita, é assim, assim, assim. A casa funciona assim: antes de entrar, você coloca o avental, vai lavar as mãos, vai passar um gel com álcool nas mãos depois de lavado, daí você vai. Você não pode fazer barulho, começar a correr lá dentro. Quando você está lá, você tem que dividir os minutos que cada um pode ficar, porque quando faltam 5 minutos, é avisado no último minuto e daí eles pedem para se retirar. Então isso é bastante organizado. Isso é bom” (Familiar 12 - esposo).

Quando ocorrem intercorrências na UTI, o horário de visitas pode atrasar e, nesse caso, os familiares são avisados.

#### 5.7.1.1 Preparando e cuidando do ambiente

O preparo e o cuidado do ambiente da UTI ocorre desde o planejamento da planta física, com todas as especificações que o ambiente requer, tendo como finalidade atender bem os pacientes e realizar os procedimentos conforme deve ser, com a ajuda dos diversos profissionais. Toda a equipe se envolve e se ajuda no preparo do ambiente, principalmente, os profissionais da enfermagem e o serviço de limpeza.

É fundamental o preparo do ambiente, que acaba sendo algo mais rápido, às vezes, meio automático e baseado na rotina diária. Entretanto, na maioria das vezes, qualquer procedimento realizado na UTI, envolve o preparo do ambiente e precisa ser planejado e preparado.

O preparo do ambiente, também compreende o cuidado e a limpeza dos materiais e equipamentos utilizados nos pacientes, como o respirador mecânico, as bombas de infusão e outros, os quais requerem limpeza diária e geral, quando o paciente recebe alta da UTI ou vai a óbito, conforme especificado na fala

“...quem faz é a enfermagem. Limpeza a cada troca de paciente, mudança das traquéias [respirador]. Higienização é o pessoal da esterilização que faz. Tudo é a enfermagem que cuida” (Iniciativa).

Quando um paciente é encaminhado ao Centro Cirúrgico para a realização de uma cirurgia, é realizada uma boa limpeza no box antes do paciente retornar para a UTI. No caso de um paciente receber alta ou acabar falecendo na UTI, ocorre a limpeza e a desinfecção geral do box em que o mesmo se encontrava, bem como a limpeza e organização dos materiais e equipamentos utilizados nesse paciente, e o preparo do box para receber um novo paciente para internação. E, no caso de óbito, é preciso também preparar o corpo do paciente após a morte e transportá-lo para um local destinado para esta finalidade.

Quanto ao serviço de limpeza, no que diz respeito ao preparo e cuidado do ambiente, a questão não é apenas limpar, mas é preciso ter certos cuidados no modo como se realiza a limpeza, vestindo roupas e luvas especiais e utilizando técnicas adequadas, tanto na realização da limpeza como também no transporte do lixo, evitando levar contaminação de um local para o outro.

A presença de germes multiresistentes na UTI leva, às vezes, ao fechamento das UTIs. Por esse motivo, o ambiente da UTI apresenta várias regras relacionadas ao controle de infecção, com o objetivo de evitar a contaminação do ambiente e dos pacientes. Dessa maneira, são adotados cuidados pelos profissionais e familiares, como: evitar a infecção cruzada, tomando os devidos cuidados nos isolamentos de contato e com os pacientes que encontram-se nos isolamentos, entre outros.

Ao ser identificada a presença de bactérias multiresistentes na UTI, uma série de cuidados adicionais precisam ser adotados no ambiente, por todos os profissionais e familiares envolvidos, no que se refere à infecção cruzada, ao tratamento, à limpeza e à eliminação dessas bactérias. Isso pode ser ilustrado pelas seguintes falas dos sujeitos entrevistados

“A gente fazia desinfecção com água quente, sabão, álcool bastante e foi bem caprichado. As enfermeiras também cuidaram muito e a gente na limpeza” (União).

Todos esses cuidados que os trabalhadores e familiares têm no ambiente da UTI, os mesmos acabam refletindo no cuidado que eles têm com os próprios pacientes, visando uma melhor e mais rápida recuperação dos mesmos.

#### 5.7.1.2 Procurando melhorar o ambiente

A coisa mais importante a ser feita para melhorar o ambiente da UTI, de acordo com os profissionais entrevistados, é a busca incessante de um diálogo construtivo e em condições mais simétricas possíveis, tentando diminuir ao máximo as barreiras hierárquicas, de conhecimento, de posição social, de gênero, de orientação sexual ou outros, e aprender a ser positivo e a ter tolerância e empatia pelo outro.

Além disso, também foi sugerido pelos profissionais que se tenha mais reuniões entre a equipe, para discutir o trabalho e a organização do trabalho, o dia-a-dia, o que dá prazer e o que pode ser feito para melhorar o ambiente da UTI; apresentar postura profissional apropriada; procurar conhecer os novos funcionários que chegam; controlar o volume da música; cuidar da sinalização, limpeza e higiene; realizar a conscientização e a separação correta dos resíduos hospitalares; estabelecer alguns protocolos na UTI, como os protocolos de processo, para flexibilizar algumas questões, como o processo de visita dos familiares; flexibilizar a entrada de familiares fora do horário de visitas e permitir a entrada de dois familiares juntos, durante os horários de visita, para um poder apoiar e sustentar o outro.

Outro aspecto sugerido pelos profissionais é que seja realizada manutenção preventiva na UTI, para garantir um melhor funcionamento da unidade, evitar a quebra, a perda de tempo e um trabalho maior, para diminuir situações de risco e de maior custo. Os profissionais reconhecem que a melhoria do ambiente se constrói com o tempo e que ainda tem muito mais a ser feito.



Foram apontadas como sugestões por parte dos familiares: que os profissionais sintam alegria no trabalho e mantenham o controle emocional para evitarem o estresse; que se tenha quadros nas paredes da UTI e que se pense como a alimentação pode ajudar os pacientes a saírem do ambiente do hospital, incluindo mais frutas na dieta dos pacientes.

### **5.7.2 Atribuições profissionais**

Na UTI atuam ininterruptamente profissionais de medicina e de enfermagem, os quais são indispensáveis. Os profissionais de fisioterapia também são muito importantes, mas nem sempre atuam na UTI em tempo integral. Cada profissional realiza o seu trabalho de acordo com a sua formação e/ou função que exerce, conforme descrito a seguir.

#### **5.7.2.1 A atuação do enfermeiro**

A atuação do enfermeiro na UTI é ampla. Os entrevistados relataram que o enfermeiro possui uma visão global e sistêmica e é considerado o líder no ambiente da UTI e articulador da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional. Que ele realiza a intermediação de tudo, ou seja, de conflitos, de problemas estruturais e outros, gerencia os materiais e equipamentos, providencia a manutenção e precisa atentar para o ambiente como um todo e ver se está tudo funcionando (ar condicionado, luz, entre outros).

Além disso, também foi citado que o enfermeiro deve se preocupar com a organização da unidade, que ele responde pela parte administrativa da unidade, realiza muito trabalho burocrático, controla o barulho, busca uma relação com as demais unidades do hospital, participa de reuniões e, muitas vezes, assume tarefas que não são de sua competência, pela falta de determinados profissionais, e também assiste os pacientes e familiares.

Por outro lado, parece que falta ainda clareza sobre o papel do enfermeiro em relação aos cuidados com o ambiente, por parte de alguns enfermeiros, conforme a fala a seguir

“...Então, já que alguém tem que se responsabilizar por isso, a gente acaba assumindo mais esse papel. Então, acho que mais do que os outros profissionais por causa disso” (Humanização).

Os entrevistados destacaram também que o enfermeiro precisa se doar mais, principalmente, no hospital público. Além disso, que o enfermeiro precisa buscar produzir conhecimento baseado na prática do dia-a-dia, junto com a sua equipe e realizar reflexões com a equipe acerca dos procedimentos e do cuidado, o que muitas vezes, não acontece.

“...Os enfermeiros não fazem isso no dia-a-dia, que é esse processo de reflexão com a equipe, acerca, inclusive, dos procedimentos, do cuidado. Porque se cuida como se cuida. O que a gente faz? A gente meio que entra numa rotina, e aí faz em alguns momentos mecanicamente” (Reflexão).

Os entrevistados apontaram ainda que o enfermeiro têm medo de fazer a diferença, que ainda não ocupou o seu espaço, que não reconhece a importância da sua atuação enquanto líder, que lhe falta autonomia para inovar e humanizar o ambiente da UTI, que lhe falta incentivo, respaldo da chefia de enfermagem e apoio dos enfermeiros dos diferentes turnos, conforme a fala a seguir.

“Nós temos medo de ousar. Nós temos medo de quebrar rotinas. Nós temos medo de sair das nossas caixas, ou seja, nós temos medo de empreender. E por isso também, às vezes, o nosso papel não é reconhecido. Não somos

reconhecidos enquanto enfermeiros” (Visão sistêmica).

Dessa maneira, os sujeitos evidenciaram que os enfermeiros precisam ocupar o seu espaço, exercer a liderança e aproveitar as oportunidades para fazer a diferença.

#### 5.7.2.2 Salientando a atuação da enfermagem

A equipe de enfermagem da UTI é composta por enfermeiros, técnicos e alguns auxiliares de enfermagem, que são os profissionais que atuam por mais tempo na unidade, muitas vezes, com especialização diferenciada. Paralelamente, em conjunto com os outros profissionais e através da metodologia de assistência ao paciente, e em consequência da orientação médica, cuidam, observam, assistem e refletem sobre o suporte de vida aos pacientes.

A enfermagem demonstra uma preocupação maior com o cuidado e o ambiente, determina a política de curativos, orienta e aprova os materiais de assistência, realiza a previsão e reposição de materiais e limpeza dos equipamentos.

Considera-se que a equipe de enfermagem têm uma visão mais global do paciente como pessoa e como família, quando comparada com os outros profissionais. Possui uma proximidade maior e um contato maior com os pacientes, cuida da privacidade deles e zela também pelo conforto dos mesmos e, geralmente, acaba apelando pelo paciente, porque acaba tendo também uma noção maior do sofrimento do paciente.

#### 5.7.2.3 A atuação do médico

Na atuação dos médicos na UTI, em termos de assistência aos pacientes cabe, a observação, a prescrição médica, a programação dos tratamentos, alguns procedimentos, a assinatura do atestado de óbito ao

falecer um paciente, sendo que a maior responsabilidade legal sobre o paciente recai sobre o ato médico.

Na UTI há a atuação do médico plantonista, que realiza o manejo intensivo e trabalha com o perfil de atuar e querer reverter situações. Assiste pacientes graves, têm um bom conhecimento da parte clínica, manejo de antibióticos, realiza o manejo do sistema hemodinâmico, ventilatório, e também realiza alguns procedimentos de urgência, entre outros.

Normalmente, cada paciente também possui um médico assistente, responsável por ele. Além disso, ainda há a atuação de médicos especialistas na UTI, como, nefrologista, cardiologista, gastroenterologista, e outros.

Na UTI, os médicos decidem a maior parte das condutas em relação ao tratamento dos pacientes, tais como: a internação e alta dos pacientes da UTI, tratamento paliativo, continuar investindo. Ocorrem reuniões entre a equipe médica para avaliar os pacientes e ver a mudança de condutas. Normalmente, os médicos tentam investir um pouco mais nos pacientes terminais, em termos de tratamento, quando comparados com os outros profissionais.

As pessoas mais simples costumam ver o médico como alguém superior, que está num patamar acima e, às vezes, a família já teve uma experiência negativa e acaba não confiando mais no médico. Por outro lado, os médicos também são vistos como pessoas humildes e boas, que tratam bem os pacientes e familiares.

#### 5.7.2.4 A atuação do fisioterapeuta

O fisioterapeuta desenvolve o seu trabalho na UTI, mais voltado para os pacientes que necessitam de ventilação. Realiza fisioterapia respiratória e/ou motora, vê a questão da drenagem brônquica, a interação do paciente com o respirador, avalia o conforto do paciente diante da ventilação, se têm excesso de trabalho muscular e ventilatório. Vê também se o paciente está acordando, se já têm condições de respirar parcialmente sozinho, auxilia na ventilação, realiza ventilação assistida, vê a parte dos desmames e conduz os mesmos em discussão com o médico e sob a orientação do mesmo.

Dessa maneira, nas UTIs estudadas, os profissionais de enfermagem, medicina e fisioterapia são os profissionais de saúde que possuem maior tempo de atuação na UTI. Além disso, também existe a atuação dos profissionais de nutrição, assistência social e psicologia na UTI, mas que não possuem atuação exclusiva nesse ambiente, pois realizam as suas atividades em diversas unidades do hospital. Dessa maneira, o serviço de psicologia auxilia os familiares e pacientes, mas falta um psicólogo para assistir os profissionais.

### **5.7.3 Contando com os serviços de apoio**

Os serviços de apoio da UTI compreendem a lavanderia, a farmácia, o laboratório, o banco de sangue, o almoxarifado, a administração, a CCIH, o serviço de manutenção, o serviço de limpeza, entre outros, os quais estão relacionados a tudo o que dá suporte ao cuidado, de forma indireta, sendo considerados ambientes de cuidado secundário, mas que apresentam uma atuação muito direta na UTI. Alguns serviços, como o serviço de manutenção, inclusive, são chamados fora do horário de normal de funcionamento para atender a UTI.

A UTI apresenta uma grande dependência em relação aos serviços de apoio e em relação aos outros setores do hospital. Por esse motivo, a equipe da UTI precisa se relacionar bem com os mesmos, principalmente à noite. À noite, parece que os profissionais da UTI acabam, inclusive, se relacionando melhor com os profissionais de outros setores, havendo negociação e troca de favores entre os mesmos, em função de ter um menor número de funcionários trabalhando no hospital à noite. Por outro lado, também foi mencionado que há falta de interação entre os profissionais da UTI 1 e os profissionais de alguns outros setores, como a CCIH e o setor de Educação em Serviço do hospital ao qual essa UTI pertence.

Algumas dificuldades também foram apontadas em relação aos serviços de apoio na UTI 1, como: não tendo um escriturário fixo, mas trabalhando com esquema de bolsistas e, o serviço de limpeza sendo um serviço terceirizado, com alta rotatividade de funcionários que, embora sendo dedicados, muitas vezes, estão mal orientados.

### 5.7.4 Trabalhando em equipe

Os profissionais da UTI são uma equipe diferenciada que precisa trabalhar em conjunto e precisa estar sempre junto, no mesmo ambiente, realizando um trabalho em equipe.

Na UTI é preciso trabalhar com os outros profissionais de forma interligada, tendo espírito de equipe, trabalhando muito junto com todos os profissionais, e precisa-se da equipe para atender bem o paciente. Torna-se necessária a ajuda dos outros profissionais e é preciso que cada profissional também se disponha a ajudar os outros. Dessa maneira, ajuda-se aos outros e se recebe a ajuda dos outros.

A equipe de trabalho da UTI utiliza como estratégia o trabalho conjunto, especialmente para atuar em situações de emergência e para realizar procedimentos que exigem esforço físico. Assim, formam-se grupos de ajuda para cuidar dos pacientes juntos, para realizar os procedimentos mais pesados, como o transporte dos pacientes, a mudança de decúbito e o posicionamento dos pacientes, bem como o banho dos pacientes no leito.

Em casos de emergência, como nas paradas cardiorespiratórias, a equipe organiza-se de imediato e, geralmente, já conhece e já sabe a função de cada profissional nesses casos e sabe o que cada profissional sabe fazer melhor, atuando em equipe de forma que ninguém se atropela. Valoriza-se o bom desempenho da equipe nesses casos.

“...vamos supor que tem uma parada, a gente já se organiza. Um fica na medicação, outro já fica na massagem, outro já vai ambuzar. Então a gente já meio que sabe qual é a função de cada um [...] é uma equipe maravilhosa! E todas as pessoas trabalham em conjunto. É muito bom!” (Iniciativa).

“Percebemos claramente esse trabalho conjunto dessas disciplinas, desde a admissão até a alta do paciente” (Interação).

A equipe quando trabalha junto por um certo período de tempo, acaba se conhecendo bem e se desenvolvendo melhor e também, acaba mudando com a integração de profissionais novos e diferentes, precisando se conhecer e se adaptar novamente, para poder realizar um bom trabalho.

De um modo geral, existem fases e momentos bons e ruins entre uma equipe de UTI. Normalmente, a equipe é aberta, unida, colaborativa e possui um bom relacionamento entre si. Entretanto, é fundamental ter uma equipe boa para trabalhar. Ao trabalhar como uma equipe unida, na qual os profissionais se respeitam, os mesmos sentem bem-estar ao trabalharem juntos, a equipe se dá bem, se esforça, consegue trabalhar em conjunto, estando ao lado de cada profissional e se convive de forma mais tranquila entre a equipe e, ao mesmo tempo, têm-se uma equipe mais harmoniosa e que se apoia e ajuda. E isso, depende, sobretudo, das pessoas que compõe a equipe e, dependendo de quem está na equipe, deixa a equipe mais leve ou não.

Por outro lado, o ambiente se torna pesado quando se têm uma equipe desunida. Nesse caso, a equipe dificilmente consegue desenvolver o viver saudável e transmitir o viver saudável aos pacientes. Portanto, na UTI é muito importante a união entre a equipe, o bom relacionamento e o trabalho em equipe, sem querer estar acima do outro e sem querer ser mais que o outro, o que faz com que tudo funciona melhor, proporcionando um ambiente de cuidado agradável e prazeroso.

O trabalho na UTI é realizado de forma multiprofissional e compreende a equipe multidisciplinar. Ocorre o trabalho conjunto que envolve as diversas disciplinas, desde a admissão até a alta dos pacientes e, cada profissional tenta realizar o seu trabalho da melhor forma possível, individualmente ou coletivamente, sabendo cada um a sua função e o seu espaço.

Existem várias equipes na UTI, como a equipe médica e a equipe de enfermagem e cada equipe realiza a sua função. Embora não exista diferença de equipe, elas ainda não são completamente simétricas. Ocasionalmente é transmitida a opinião e a visão dos profissionais envolvidos sobre o paciente e, eventualmente, ocorre uma negociação entre as equipes e profissionais, mas ainda de forma assimétrica, pois há mais predomínio da equipe médica em termos de tomada de decisão em relação aos pacientes.

Está faltando uma sistemática de troca entre os profissionais da UTI e estão ocorrendo trocas de opiniões e discussões sobre as condutas em relação aos pacientes entre os diferentes profissionais, mais de modo informal e, às vezes, mais no sentido de trocas médicas. Dessa maneira, quem decide as condutas em relação aos pacientes, geralmente, é a equipe médica e o restante da equipe acompanha as mesmas, sendo que, com isso, foi relatado que acaba tendo uma falha na UTI em termos de quem toma as decisões em relação aos pacientes. Considera-se importante que os profissionais de enfermagem e fisioterapia participem das decisões em relação aos pacientes, pois, acredita-se que os mesmos poderão contribuir significativamente para a integralidade do cuidado prestado aos mesmos. Existem também alguns médicos que se consideram num patamar acima dos demais profissionais.

A participação da enfermagem em relação às decisões sobre as condutas relacionadas ao tratamento dos pacientes, parece estar mais voltada ao fornecimento de informações e sugestões ou apelos, o que caracteriza uma participação passiva.

Na UTI 2 estudada, geralmente, é o médico assistente quem define as condutas em relação ao paciente. Já na UTI 3, apenas alguns médicos assistentes se envolvem mais na assistência aos pacientes, principalmente, nos casos de cirurgia cardíaca.

A ocorrência de reuniões sistemáticas diferem entre as 03(três) UTIs estudadas. Os entrevistados da UTI 1 referiram que há falta de reuniões com todos os profissionais e que essas ocorrem apenas entre os enfermeiros, e também ocorrem reuniões para discutir as condutas em relação aos pacientes, às quais ocorrem quase que exclusivamente, entre a equipe médica, faltando a participação dos profissionais de enfermagem, principalmente, do enfermeiro e outros. Já na UTI 2, foi relatado que ocorrem reuniões periódicas e quando necessário, entre os enfermeiros e entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem. E, na UTI 3, foi mencionado que ocorrem reuniões entre os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sem a presença dos profissionais de fisioterapia.

Dessa maneira, faltam reuniões sistematizadas e interdisciplinares para toda a equipe nas UTIs estudadas, e encontros da equipe à beira do leito, onde todos os profissionais prestam atenção e fazem parte. O trabalho interdisciplinar ainda não é uma realidade, mas considera-se interessante, necessário e fundamental que a equipe



procure trabalhar de forma interdisciplinar para a melhor recuperação dos pacientes.

#### 5.7.4.1 Solucionando problemas

Ao se procurar solucionar problemas no ambiente da UTI, bem como em outros ambientes do cuidado, é preciso envolver todos os profissionais que atuam nesse ambiente, para que haja êxito. Todos os profissionais que fazem parte desse ambiente, também fazem parte dos problemas e mesmo que não tenham participado diretamente da origem de determinado problema, ou do seu crescimento, não poderão ser excluídos, pois fazem parte do ambiente como um todo.

Os entrevistados referiram que os problemas podem ser resolvidos por si só, individualmente ou em conjunto, por meio de reuniões e encontros de discussão, em busca de soluções. Que há várias maneiras de verificar e solucionar problemas no ambiente, como procurar identificar o culpado, o que geralmente acaba ampliando o problema e gerando outros problemas, ou resolvendo o problema, tentando buscar uma solução para o mesmo, o que parece ser mais viável. No entanto, segundo os sujeitos, se no decorrer do processo o culpado for evidente, nesse caso torna-se importante trabalhar o processo daquela culpa, com a pessoa envolvida, conforme a fala a seguir

“...uma colega chegou para mim e disse: olha, eu vi que ontem ficou tal coisa, tal coisa. Então, vamos se ajudar aqui dentro para que não aconteça mais. Então, é uma coisa bem light sabe? Então, tem pessoas, se têm alguma coisa, vão falar. Não ficam falando mal para ninguém. Então, é tudo resolvido aqui, porque a gente está sempre junto. Então, se fica uma coisa pendente, fica um ambiente mais desagradável” (Humildade).

Num ambiente de UTI há algumas dificuldades quando se trata de solucionar problemas como, a falta de persistência dos profissionais quando veem e tentam solucionar algo, o fato de pensarem que os problemas pertencem aos outros e/ou porque o outro fez alguma coisa ou deixou de fazer algo, esquecendo de que, de vez em quando também agem da mesma forma.

Dessa maneira, é preciso criar uma consciência coletiva e administrativa, através da qual todos os profissionais se sintam responsáveis, comprometidos e motivados pela cultura do bem, gerando um ambiente positivo.

#### 5.7.4.2 As interações profissionais

O ambiente de trabalho têm muito a ver com as pessoas, ou seja, com os profissionais. Percebe-se que uma boa interação entre os profissionais depende de cada profissional, dos ambientes e de um conjunto de situações. Alguns profissionais têm um estilo pessoal de se relacionar com os outros, conseguem agregar as pessoas com mais facilidade por rirem e brincarem com as mesmas, fazendo amizades com os profissionais do hospital, além de terem um bom relacionamento com os diversos setores do hospital.

Na UTI, há profissionais que criam um vínculo maior e um carinho a mais pelo ambiente e pelos colegas, o que depende de cada profissional e também de tempo, uma vez em que, atuando já há mais tempo no local, parece que o vínculo e a interação são maiores. Os profissionais conversam muito entre si, mantêm laços de amizade e parece que interagem mais do que nas outras unidades do hospital.

“...se tu te relaciona bem com as pessoas, trabalha melhor e é mais fácil. Quando a pessoa sai de casa e diz, vou trabalhar. Ou, ah! Vou trabalhar! Que legal! Vou reencontrar as pessoas com quem eu convivo bem, é bem mais fácil” (Acolhimento).

Embora a simetria nas relações humanas ainda não seja uma realidade na UTI, há a busca pela simetria nas relações entre os profissionais, em que se procura diminuir as diferenças, sejam hierárquicas, de conhecimento ou de outra natureza. Desse modo, é possível ter um bom relacionamento entre os diversos profissionais da UTI, tornando o ambiente agradável, através do bom relacionamento interpessoal.

Por outro lado, também foi mencionado que existem UTIs em que os profissionais brigam entre si, pois a proximidade dos trabalhadores no ambiente da UTI, tanto pode favorecer o bom relacionamento interpessoal, quanto a presença de conflitos entre os profissionais, assim como, também em outros ambientes de trabalho.

Foi relatado pelos entrevistados, que quando há a saída de alguns profissionais e a entrada de outros, torna-se necessário reconstruir as relações profissionais, visto que precisam se conhecer mutuamente, tanto nas potencialidades quanto nas fragilidades, o que requer certo tempo. Segundo eles, embora não haja a necessidade de ser amigo no trabalho, por se tratar de uma questão profissional, quando os profissionais se conhecem e se relacionam bem entre si, trabalham melhor e tudo se torna mais fácil.

O fato dos profissionais se conhecerem bem, pode favorecer uma boa integração entre a equipe. Com o passar do tempo, os profissionais vão se conhecendo melhor, acabam brincando entre si e ficando mais flexíveis, mais tranquilos, mais soltos e se ajudando mais entre si, uns sabendo das singularidades dos outros e, inclusive, dando algum conselho aos colegas.

Por sua vez, enquanto as pessoas não se conhecem bem no ambiente de trabalho, acabam ficando mais reservadas e mais inseguras, tanto os profissionais que já atuam, quanto aqueles que estão chegando novos no ambiente. Esses últimos acabam se reservando ainda mais porque têm todos os profissionais desse ambiente que ainda não conhecem. Entretanto, depois de passar pela naturalização do ambiente de trabalho e os profissionais novamente se conhecendo melhor, aos poucos, é possível criar novamente boas relações e interações no trabalho, proporcionando um ambiente de trabalho harmônico, o que é possível no ambiente da UTI, pelo fato do mesmo favorecer a proximidade entre todos os trabalhadores, por estarem sempre juntos no mesmo ambiente. Foi sugerido que é preciso reunir mais os

profissionais, inclusive, fora do ambiente de trabalho, para se tentar melhorar o ambiente da UTI.

Normalmente, há uma boa interação entre os profissionais nas UTIs estudadas, salvo algumas exceções. Foi relatado que a interação dos profissionais da UTI com os médicos assistentes nem sempre é tão boa.

#### 5.7.4.3 Reconhecendo potencialidades e fragilidades

Os entrevistados reconhecem que todas as pessoas têm virtudes e defeitos e que alguns têm muitas virtudes e poucos defeitos, enquanto outros têm muitos defeitos e poucas virtudes. Assim, é preciso saber olhar para o profissional e potencializar nele o que ele têm de bom, estimulando as pessoas pela valorização das virtudes, para que todos sejam bons, a fim de tornar o ambiente agradável.

Para tanto, também é preciso evitar chamar atenção dos profissionais em público, evitar brigas, e também, evitar enfatizar um erro de um profissional que não tenha causado prejuízo a ninguém, como especificado nas falas

“...E, às vezes, passar e fingir que não escuta né? Deixar quieto, não ficar comprando brigas” (Harmonia).

“...Vamos olhar para a virtude dela e tentar melhorar através dos trabalhos e das pessoas o que ela têm de bom” (Acolhimento).

Torna-se necessário ainda, que cada profissional reconheça os próprios defeitos, considerando que nenhum ser humano é perfeito, mas que é preciso lidar com a imperfeição e considerar que as mesmas fazem parte da natureza humana e, às vezes, fazem até bem.

Foi mencionado também que, quando existe um problema, geralmente os profissionais pensam que o outro é o problema, esquecendo que para o outro, eles próprios são o outro e que têm alguns

colegas que não fazem tudo o que se gostaria, mas que eles próprios também nem sempre fazem tudo o que deveriam.

#### 5.7.4.4 Procurando ser exemplo

Ser um exemplo significa mostrar, não por meio de palavras, mas por meio de atitudes concretas, como se pode e deve agir da maneira mais correta possível. Assim, ser exemplo, na prática, vale mais do que falar, dar discurso ou dar bronca, porque isso, muitas vezes, não resolve.

Os enfermeiros e os médicos devem ser exemplo para os demais profissionais, especialmente quando ocupam um cargo de chefia, visto que, sendo exemplo, refletem isso no ambiente do cuidado, não por meio de atitudes pontuais, mas através das ações concretas do dia-a-dia, e tendo a clareza de que existe um caminho diferente a seguir e, mesmo não conseguindo isso o tempo inteiro, mas procurando seguir esse rumo diferente, será melhor.

“As enfermeiras e os médicos pra mim aqui na UTI são como um espelho. Eles devem ser né, pra aprender alguma coisa” (União).

#### 5.7.5 Mantendo o fluxo de trabalho

Na UTI, devido a gravidade em que os pacientes se encontram, é preciso manter sempre o fluxo de trabalho e não dá para trabalhar com um número muito reduzido de profissionais. Embora isso seja óbvio, há sempre a falta de profissionais e, muitas vezes, se trabalha com um mínimo de pessoal necessário, especialmente, com técnicos de enfermagem, mas também em relação aos outros profissionais. E, nessas circunstâncias, para manter o quadro mínimo de profissionais, muitas vezes, os profissionais da UTI acabam trabalhando muito além da carga horária normal e permitida, conforme a fala a seguir

“É. Tem falta de funcionário, aí trocam plantão e acabam virando, porque têm muita gente que acaba fazendo isso” (Vínculo).

Há profissionais que realizam trocas de plantões entre si e acabam trabalhando muitas horas, às vezes, sem um devido controle. No entanto, o fato de trabalhar muitas horas na sequência, em qualquer trabalho e, principalmente, na UTI, em função da natureza do trabalho, é altamente prejudicial para o próprio profissional, para o paciente que é assistido por esse profissional e também para os demais profissionais, porque esse profissional fica mais irritado na sua relação com a equipe, o que pode ser constatado na seguinte fala

“A pessoa fica muito irritada, mais irritada eu diria. No cuidado do outro e no trabalhar com o outro também. Na própria relação com a equipe... (Vínculo).

É preciso levar em conta que, cada técnico de enfermagem, além de cuidar, geralmente, de 02(dois) ou 03(três) pacientes sob sua responsabilidade, também precisa ajudar os outros colegas nos trabalhos realizados em equipe, e ainda, ajudar a cuidar do ambiente da UTI. Entretanto, os pacientes não podem ficar sem assistência e monitoramento contínuos dos profissionais.

### **5.7.6 Agregando novos profissionais**

Entre as UTIs estudadas, no período da coleta de dados, a UTI 1 havia passado pela construção de uma UTI nova recentemente, com a ampliação da unidade e do número de leitos; a UTI 2, relativamente nova, havia sido inaugurada há 06(seis) meses e, a UTI 3, tinha sido reformada há 04(quatro) anos.

Dessa maneira, vêm ocorrendo ainda a estruturação e complementação das equipes na UTI 1 e 2, especialmente, da equipe de enfermagem, com a agregação de novos profissionais, devido ao

aumento do quadro de profissionais, à saída de profissionais e reposição dos mesmos. Nesses casos, geralmente, as instituições oferecem a oportunidade para trabalhar na UTI, aos funcionários que já estão atuando na instituição e que exercem suas atividades, por exemplo, em unidades de internação, como na Clínica Médica e Cirúrgica.

Assim, nesses casos, com a entrada de novos profissionais, geralmente sem experiência em UTI, a equipe acaba mudando bastante e acaba passando por uma fase de transição, precisando se conhecer e se readaptar, tanto os novos que estão chegando, quanto àqueles que já estavam atuando na UTI e os funcionários novos geralmente entram no ritmo do trabalho rapidamente.

### **5.7.7 Transmitindo informações sobre o paciente para a família**

Todos os dias ocorre a transmissão de informações sobre o paciente para a família, visto que qualquer alteração no paciente costuma ser comunicada, com a finalidade de manter a família a par da evolução do paciente. Torna-se necessário que os profissionais tenham contato diário com os familiares, para terem maior tranquilidade para dar uma notícia ruim, caso o paciente evoluir mal.

Os profissionais evitam passar informações aos familiares por telefone, salvo em alguns casos de alterações dos pacientes ou em caso de algum procedimento a ser realizado no paciente que requer a presença dos familiares, como uma cirurgia.

A família recebe as informações em relação ao quadro clínico do paciente através dos médicos e/ou outros profissionais. No momento em que o paciente interna na UTI, normalmente os familiares são chamados para conversar com o médico e ficam cientes de toda a situação do paciente e, após, a passagem de informações sobre os pacientes para os familiares ocorre diariamente, normalmente, na hora do boletim médico.

Geralmente, 02(dois) ou 03(três) familiares recebem as informações na hora do boletim médico. Os familiares consideram muito bom o boletim médico diário e se surpreendem com todo o acompanhamento de informações que têm na UTI, desde a internação do paciente, principalmente, porque ficam sabendo da real situação deste, e não precisam ficar “catando” o médico para saber como está o

paciente, como ocorre, muitas vezes, em outros ambientes de cuidado. Entretanto, mesmo ficando, muitas vezes, amedrontados ao ouvirem falar da real situação dos pacientes, os familiares querem saber como o paciente se encontra.

O boletim médico diário difere um pouco de uma UTI para outra. Mas, normalmente, é por escrito, de uma forma genérica e, dependendo da UTI, também ocorre verbalmente, geralmente, após o horário de visita da tarde, quando o médico intensivista chama cada família pelo nome do paciente para conversar. Nesse momento, o médico dá informações sobre o paciente para os familiares e esclarece as dúvidas dos mesmos. Os familiares também costumam fazer perguntas ao médico. As famílias recebem as informações e explicações sobre o quadro do paciente e condutas a serem adotadas, geralmente, passivamente. Algumas famílias apresentam desconfiança em relação às informações que recebem, supondo que os médicos podem estar escondendo alguma informação.

Na UTI 2, não há uma rotina do médico intensivista conversar todos os dias com a família, mas apenas quando a família solicita e, nesse caso, passando apenas algumas informações sobre o estado do paciente, porque quem costuma passar as informações para a família, nessa UTI, é o médico assistente. Dessa maneira, o médico intensivista evita, muitas vezes, passar a sua impressão sobre o estado do paciente para os familiares, porque nem sempre sabe o que o médico assistente informou, evitando assim informações contraditórias para a família. E, como nem todos os médicos assistentes apresentam uma forma de relacionamento mais aberta e, dependendo da forma de trabalhar do médico assistente, o médico intensivista acaba passando o mínimo de informações para a família, conforme a fala

“...muitas vezes, a gente acaba conversando com a família e aí passando alguns dados, algumas informações sobre qual o estado. Muitas vezes, até pela forma de trabalhar do assistente, a gente diz, não, o quadro dele é grave, e para mais detalhes, só falando com o médico assistente” (Agilidade).



Alguns profissionais apresentam muita dificuldade para dar notícias aos familiares e, normalmente, costumam ficar mais à vontade para falar sobre a gravidade dos pacientes quando já viram os familiares mais vezes. Há médicos que apresentam dificuldades para dar notícias ruins sobre paciente para a família e, inclusive, às vezes, tentam fugir da família para não falar da gravidade em que o paciente se encontra, de acordo com as falas a seguir

“...E aí pegar o telefone e avisar. Eu acho assim, tudo pra mim é difícil de avisar” (Vínculo).

“...No dia em que a notícia era boa ele já vinha dando risada. Quando vinha com a testa toda enrugada e de cabeça baixa, a notícia não era muito boa” (Familiar 12 - esposo).

Os familiares nem sempre captam ou compreendem o que é falado para eles em relação à gravidade do paciente e, algumas vezes, os familiares não entendem a própria situação da gravidade em que o paciente se encontra, conforme a fala

“...Muitas vezes, o que o colega passou para a família, talvez não seja o que a família tenha entendido” (Agilidade).

Entretanto, os profissionais da UTI não sabem se os familiares não entendem porque não querem entender, ou se a maneira como é transmitida a informação faz com que os familiares não entendam a mesma. Por esse motivo, há médico intensivista que no primeiro contato com a família, procura perguntar para a família o que a mesma entendeu em relação à doença que o paciente apresenta e, a partir daí, começa a trabalhar em cima daquilo que a família entendeu.

Por sua vez, os familiares referiram que cada médico utiliza uma linguagem diferente para passar as informações aos familiares e, dependendo da linguagem utilizada, os familiares tiram conclusões diferentes. Além disso, também referiram que cada dia a passagem do boletim médico ocorre com um médico diferente e, inclusive, as

informações, às vezes, são diferentes em relação ao mesmo assunto, o que, às vezes, deixa os familiares confusos. Entretanto, também reconhecem que os médicos deixam os familiares à vontade para perguntarem o que não entenderam ou para falarem o que gostariam. Há também familiares que se sentem incomodados ao não serem informados sobre a mudança de conduta em relação aos pacientes.

Embora nem todos os familiares possuem coragem para receber notícias sobre a real situação dos pacientes na UTI, há familiares que mostram-se fortes e firmes para receber as informações, independentemente da gravidade em que o paciente se encontra, e também sabem que os médicos não têm como dar uma certeza sobre a evolução dos pacientes, de acordo com a fala a seguir

“...Eles entendem mas, eles não vão dar escrito ali, ó, você vai melhorar amanhã e vai ter uma grande melhora. Eles não podem fazer isso, eles não podem falar isso. Que nem eu falo, olha pode falar a verdade pra mim, que eu sou irmão dele e eu aguento, pode falar [...] eles chutam, mas mais ou menos” (Familiar 1 - irmão).

Foi mencionado também, que na UTI ocorre uma dificuldade de diálogo entre os médicos e familiares, porque, normalmente, os médicos costumam falar com os familiares de forma unilateral e os familiares, por sua vez, apresentam-se passivos e, geralmente, procuram apenas ouvir o que os médicos têm a dizer. Assim, os sujeitos entrevistados apontam que seria importante que os médicos fizessem perguntas aos familiares para ouvirem deles o que eles querem saber e tentar estabelecer um diálogo com os mesmos. No entanto, há também famílias que pensam que os médicos fazem, às vezes, perguntas que não deveriam fazer.

“...qual é a grande dúvida que vocês tem? Eu digo: pode perguntar. E aí eles perguntam. E então a gente sabe o que é que querem saber. Normalmente a gente fala muito unilateral. Eles são passivos, eles ouvem tudo em termos de

conversação que a gente acaba dando” (Escuta qualificada).

Em relação aos profissionais de enfermagem, foi mencionado que, na UTI 1 os profissionais, geralmente, não estão autorizados para transmitir informações acerca dos pacientes. Já na UTI 2, os mesmos são incentivados e podem passar informações que sejam pertinentes aos familiares. Entretanto, na UTI 3, os profissionais de enfermagem evitam e/ou têm medo de passar informações, deixando essa tarefa apenas para os médicos, até para evitar passar informações contraditórias.

Foi relatado que, às vezes, os profissionais de enfermagem acabam falando alguma coisa quando os familiares perguntam ou querem saber, mas os familiares parece que nem sempre entendem essas informações. Há familiares que são mais ansiosos e procuram conversar com os profissionais de enfermagem e querem saber alguma informação sobre o paciente, a respeito de como o paciente tem passado e como ele está reagindo. Outros, porém, evitam falar com os profissionais de enfermagem ou outros profissionais, porque acreditam que é melhor apenas o médico passar as informações na hora do boletim médico diário, para não ficar confuso para as famílias e não atrapalhar o andamento do trabalho dos profissionais.

De um modo geral, os familiares chegam diariamente na UTI e querem saber notícias boas, mas os profissionais nem sempre têm notícias boas para dar, embora tentem consolar a família e despertar nela a esperança na melhora do paciente. Entretanto, nem sempre os familiares se aproximam dos profissionais em busca de informações, mas porque querem que os profissionais fiquem do lado deles para conversar.

### **5.7.8 Tentando humanizar o ambiente**

A humanização é um caminho positivo que envolve pequenas coisas e, já vêm sendo falada e trabalhada na UTI há algum tempo e, inclusive, têm melhorado o entendimento e o interesse que os profissionais têm em relação à mesma. Algumas UTIs são consideradas mais humanizadas do que outras.

Humanizar o ambiente da UTI, de acordo com os entrevistados, é atribuir vida, dinamismo e novos significados ao ambiente através do carinho e da alegria dos profissionais no atendimento ao paciente, do acolhimento da família, do respeito à religião, da presença de quadros, da presença de fotos da família junto ao paciente, através das cores do ambiente, da musicoterapia, da oração e momentos de reflexão, através da própria tecnologia e outros, atentando para os detalhes que, muitas vezes, fazem a diferença.

Foi relatado que a musicoterapia faz parte do cuidado no ambiente da UTI, harmoniza o ambiente e os profissionais, beneficia os pacientes e ajuda a aliviar o estresse, conforme o relato a seguir:

“...A gente sabe que musicoterapia é uma coisa que beneficia muito o paciente, não só o paciente, quanto o funcionário que está ali trabalhando naquele ambiente estressante” (Humanização).

Foi destacado que a atitude humanizada por parte dos profissionais está relacionada com a formação profissional dos mesmos e também com a liderança do enfermeiro na unidade, no sentido de capacitar a equipe e despertar nela atitudes humanizadas. Nesse sentido, para tornar o ambiente da UTI humanizado, torna-se necessário criar espaços de construção e sensibilização, capacitando os profissionais para agirem humanamente com cada indivíduo e situação, uma vez em que se tornam, muitas vezes, um pouco mecânicos nas coisas que fazem, esquecendo o lado humano.

Os entrevistados fizeram referência ao papel de liderança do enfermeiro em relação à humanização e ao potencial que o mesmo possui para dar vida ao ambiente, destacando que tornam-se necessários enfermeiros líderes humanos, que precisam mobilizar a equipe para o cuidado humano, investindo mais em humanização na prática junto com os demais profissionais, buscando melhorar a humanização em relação aos pacientes, familiares e a própria equipe.

Entretanto, os entrevistados consideram que, apesar da humanização ter melhorado bastante nos últimos tempos, na UTI a mesma ainda se torna uma questão um tanto negligenciada, que as UTIs têm muito a melhorar e que o enfermeiro, muitas vezes, é barrado

quando tenta tornar o ambiente mais humano e acolhedor, como implantar a musicoterapia, proporcionar uma televisão ao paciente no isolamento, permitir que o paciente escute rádio, entre outros. Além disso, os mesmos referiram que vêm ocorrendo inflexibilidade em determinadas instituições por parte da Direção e resistências por parte das chefias médicas e de enfermagem, em permitir a inovação e a humanização na UTI.

“Eu acho que humanização acontece, não vou dizer que não. Eu acho que ela melhorou bastante nos últimos tempos, mas eu acho que as coisas poderiam evoluir muito mais, digamos assim. Eu acho que muitas vezes, a gente se torna um pouco mecânico nas coisas que se faz, que se esquece um pouco o lado humano” (Humanização).

A seguir, será especificada a humanização relacionada aos pacientes, à família e aos profissionais.

#### 5.7.8.1 A humanização relacionada aos pacientes

Há vários modos de se proporcionar um atendimento humanizado aos pacientes, especialmente, no que diz respeito à maneira de se referir aos mesmos, ao cuidado, ao ambiente propriamente dito e à presença de um acompanhante.

Quanto à maneira de se referir aos pacientes, é importante que os profissionais procurem conversar e interagir com os mesmos, cumprimentem-os, chamem-os pelo nome, procurem saber como estão, sendo atenciosos e tendo empatia com eles; segurem a mão dos pacientes, olhem nos seus olhos e procurem situá-los no tempo e no espaço; deixem-os cientes do que vai ser realizado neles, mesmo estando inconscientes, e do porquê de se estar fazendo as coisas. Também diz respeito ao uso de uma linguagem adequada por parte dos profissionais no ambiente da UTI, evitando o uso de linguagem que possa amedrontar os pacientes, como por exemplo, o termo “bomba”, e

tendo atitude ética, cuidando do que se fala perto dos pacientes, como ilustrado na fala a seguir

“Olha, na verdade, assim, eu acho que o melhor exemplo da humanização é como todos da equipe tratam o paciente e os familiares. Por exemplo, todos que chegam para tratar e manejar o paciente, dizer Bom Dia, Boa Tarde! Como é que a Senhora está? A gente tem pacientes que, muitas vezes, estão acordados, estão fora da sedação. E, mesmo aqueles que estão sedados, às vezes, até um paciente que chega a estar sedado, o técnico chega: Ó Seu João, vamos fazer uma medicação. E seu João está completamente sedado. Então, isso não deixa de ser uma forma de humanização, que também é transferido para a família” (Agilidade).

Em relação ao cuidado, a humanização diz respeito a tratar os pacientes da melhor forma possível, em todos os aspectos, proporcionando conforto, higiene, bem-estar e segurança; tranquilizando-os; tentando “colocar-se no lugar dos pacientes”, tratando-os como seres humanos; respeitando-os em suas dificuldades; evitando o estresse para os mesmos; permitindo o descanso; sedando e analgesiando os pacientes quando necessário para que não sintam dor; preservando os pacientes dos estímulos externos; explicando aos pacientes os motivos dos alarmes na UTI; sabendo manusear a tecnologia.

Além disso, é tentar satisfazer a vontade deles quando possível, deixando-os confortáveis; procurando minimizar o desconforto, deixando-os mais sentados quando estão mais acordados; tentar sentá-los numa poltrona; ajudá-los a alimentar-se; promover uma ocupação aos pacientes lúcidos, como proporcionar uma televisão para os pacientes assistirem, permitir que o paciente utilize um rádio e/ou providenciar material para leitura; fazendo com que os pacientes escrevam quando não conseguem falar; permitir que a família traga fotos e recados dos sobrinhos e netos para os pacientes verem; montar painéis com fotos e recados nos boxes dos pacientes e evitando impedir

o apego que os pacientes têm pelas coisas que possuem em casa e que fazem os mesmos se sentirem bem.

No que diz respeito ao ambiente, é possível proporcionar a humanização aos pacientes, vendo se o ambiente é bom para os mesmos; permitindo que os mesmos vejam se é dia ou noite; fazendo uso de relógios que sejam visíveis aos pacientes; priorizando a presença da luminosidade natural ao abrir as janelas e cortinas; valorizando a luz solar para os pacientes e expondo-os ao sol quando possível; procurando manter menos luzes ligadas à noite; evitando a luz artificial sobre os pacientes à noite; minimizando barulhos; procurando conversar mais baixo; controlando o volume da música (rádio) na unidade; adequando a temperatura do ar condicionado ao ambiente; evitando que os pacientes sintam frio ou calor e, evitando que os mesmos presenciem os óbitos de outros pacientes. Mesmo que se tenha um ambiente físico de UTI totalmente novo ou reformado, isso não necessariamente significa que haja um atendimento mais humano aos pacientes, pois isso depende, em grande parte, dos profissionais que atuam nesse ambiente.

Em suma, segundo os entrevistados, existe amor, carinho, compaixão e envolvimento afetivo por parte dos profissionais para com os pacientes. Por outro lado, também foi relatado a ausência de um atendimento mais humanizado com os pacientes, principalmente, nos hospitais públicos.

#### 5.7.8.2 A humanização relacionada à família

Tratar a família de forma humanizada significa acolher a família, cumprimentá-la, ter contato e conversar com ela; procurar saber como ela está; ficar ao lado da mesma; tranquilizá-la, “colocando-se no lugar da família” e tendo cuidado com a mesma; fornecer explicações sobre o funcionamento da unidade; buscar entender o que os familiares pensam da UTI; explicar que os pacientes que internam na UTI têm chance de recuperação e incentivando a família a ter esperança na melhora do paciente; trocar idéias com os familiares sobre o paciente e deixando a família informada acerca da evolução do paciente, preparando-a para a possibilidade do paciente morrer na UTI.

“...O que toca o familiar é uma palavra, é um gesto de atenção, é o acolhimento, é fazer com que ele se sinta parte do processo. Não são grandes palavras. Às vezes, nem precisa dar grandes explicações, mas é estar do lado, é dizer ‘olha, nós estamos aqui e estamos fazendo o melhor’. Uma vez que nós descobriremos isso, nós seremos muito mais reconhecidos e o nosso cuidado terá muito mais visibilidade” (Visão sistêmica).

Ter um ambiente humanizado para as famílias é também fazer com que a UTI seja um ambiente amigável para as mesmas, em que os profissionais ouçam suas opiniões e dúvidas, busquem entendê-las na medida do possível, as confortem e respeitem a sua opinião e expressão religiosa e sejam afetuosos com as mesmas.

Foi relatado pelos entrevistados que falta um cuidado mais humano com os familiares quando entram na UTI durante a visita, quando se encontram do lado de fora da UTI e também quando telefonam para a UTI.

Um dos aspectos que vêm sendo mais valorizado em relação à humanização atualmente, é a questão do tempo em que a família pode permanecer dentro do ambiente da UTI, ao lado do paciente, fazendo com que a mesma fique mais tempo, tenha mais horários de visita, e tenha mais contato com os profissionais.

Dessa maneira, abre-se exceção para a visita dos familiares fora dos horários de visita, em determinadas situações e, algumas vezes, permite-se que o familiar permaneça ao lado do paciente quando se trata de paciente terminal ou adolescente. Deixa-se os familiares ficarem por mais tempo quando os pacientes estão mais acordados e precisam mais dos familiares. Permite-se a visita de crianças e, em alguns casos, deixa-se entrar mais de um familiar na hora da visita. Existe também a tendência de fazer com que um familiar fique junto com o paciente na UTI.

“...a UTI, com o passar do tempo, com essa questão da humanização, é um assunto que até onde eu entendo, acho que com o passar do



tempo, a tendência é essa, trazer a família pra dentro da UTI” (Escuta qualificada).

O fato de se ter um acompanhante ao lado do paciente, ao invés de se ter apenas determinados horários para a visita, é considerado favorável para o paciente e família e seria o ideal. Entretanto, essa questão necessita de maiores discussões entre os profissionais para que seja viabilizada na prática.

### 5.7.8.3 A humanização relacionada aos profissionais

Promover um ambiente humanizado para os profissionais é procurar proporcionar um ambiente de trabalho onde todos possam trabalhar da melhor forma. E isso requer que se promova um ambiente bom e harmonioso, no qual a equipe, o ambiente e o cuidado vão ficar melhor. É promover um ambiente seguro para o profissional, a fim de proporcionar também um cuidado seguro aos pacientes.

É os profissionais se respeitarem como seres humanos e como profissionais, sem quererem estar acima dos outros ou serem mais que os outros, procurando se conhecer e compreender mutuamente, valorizando o calor humano e a alegria no trabalho, sendo solidários e trocando ideias entre si. É o trabalhador sentindo-se confortável e satisfeito, gostando do que faz, do ambiente em que atua e também dos colegas. É o trabalhador considerando o próprio trabalho gratificante.

A humanização voltada ao trabalhador de UTI também requer um ambiente físico favorável e adequado, com um espaço para lanchar, conversar e descansar, valorizando a luz solar para a equipe e a presença de música no ambiente, conforme a fala

“...a gente pensou muito também, embora isso não fosse a parte primordial, o primordial era o acesso ao paciente, era ter um ambiente adequado do trabalho propriamente dito. Do ponto de vista da gente, do trabalhador. Tanto que as acomodações extra assistenciais, que fazem parte do ambiente de acomodações de enfermagem, dos

médicos, e vestiário e tudo, foi uma coisa planejada também. Não necessariamente saiu tudo perfeito, porque, como eu falei, ficaram limitações. Assim, um exemplo típico da preocupação que a gente teve com esse ambiente, do ponto de vista de convivência, do dia-a-dia, foi primeiro garantir uma boa iluminação para todo mundo. A gente pode trabalhar sem acender as lâmpadas, na maioria dos dias aqui. Isso é interessante! Isso é muito interessante! Está comprovado que contribui para a melhoria dos pacientes com esse prognóstico e contribui para a melhoria do trabalhador. Quando se tem iluminação natural. Já conheceu a copa?” (Acolhimento).

Entretanto, a humanização também depende de cada profissional, sendo que cada profissional precisa fazer um pouco mais em relação à humanização, atentando para as singularidades humanas, procurando se colocar no lugar do outro e ter empatia pelo outro. É também o trabalhador gostando e cuidando de si mesmo, gerando a sua satisfação pessoal.

### **5.7.9 Reconhecendo a presença e a importância da família no processo de cuidado**

A presença da família na UTI é considerada muito importante, visto que a família faz parte da história do paciente e auxilia no processo de cuidado. Pode mostrar as especificidades do cuidado ao paciente e ajudar a tranquilizar o paciente. O paciente percebe e sente a presença da família, mesmo estando inconsciente, conforme seguem as falas

“...Daí quando ela ficava muito nervosa, daí chamaram eu e a irmã lá para tentar acalmar ela. [...] Sim, fora do horário de visita. Daí eles chamavam, porque eles não conseguiam acalmar. Às vezes, sim, às vezes, raiava, daí se não tinha

ninguém porque eles também não podiam estar tanto tempo sedando ela” (Familiar 12 - esposo).

“...mesmo estando inconsciente, já foi comprovado que ele entende alguma coisa, ele sente quando o familiar está ali, a gente vê pelos monitores, que dá alteração quando o familiar fala, quando o familiar trata” (Humildade).

A presença dos familiares acaba mudando o ambiente da UTI, pois os pacientes se sentem mais acolhidos e seguros, o familiar sente-se confortado por sentir que não está abandonando o paciente, a equipe envolve-se com a família e acaba se envolvendo mais com o paciente por intermédio da família.

A proximidade da família junto ao paciente e com a equipe da UTI traz benefícios para a recuperação dos pacientes e o vínculo familiar gera conforto e segurança e proporciona bem-estar emocional aos pacientes. Os familiares colaboram com a equipe e com o paciente e procuram conversar com os pacientes sobre coisas boas e se esforçam para transmitir energia positiva e alegria aos mesmos, mesmo estando tristes; Procuram rezar junto ao paciente; aplicar Reiki no paciente; jogar cartas com o paciente; fazem exercícios físicos suaves e carinho nos pacientes; ficam observando os profissionais e os procedimentos que são realizados nos pacientes; observam os aparelhos conectados ao paciente e os valores que os mesmos indicam sobre o estado de saúde do mesmo; acompanham a evolução do estado clínico do paciente. Existem familiares que ficam com medo de tocar e mexer no paciente, geralmente por falta de orientações.

Entretanto, a presença da família na UTI é muito restrita e rigorosamente controlada e acontece, principalmente, durante os horários de visita pré-estabelecidos, que ocorrem diariamente, geralmente, nos turnos da manhã, tarde e noite quando, normalmente, só podem entrar 03(três) familiares na UTI, um de cada vez. A UTI 3 só possui horário de visita à tarde e à noite, sendo que alguns profissionais dessa UTI alegaram que o fato de ter horário de visita pela manhã poderá atrapalhar a rotina da unidade.

“É, eu acho pouco para a família. Eu me coloco no lugar deles. Se fosse um familiar meu e não pudesse entrar para ver? É complicado, o tempo é curto e só podem entrar três. De manhã não tem. É só à tarde e à noite” (Prontidão).

Há familiares que costumam visitar seu parente na UTI em todos os horários de visita. Outros realizam a visita uma vez ao dia e nem todos os familiares têm disponibilidade de horário para realizar visitas. Existem familiares que vão visitar o paciente na UTI com coragem, mas outros, em função de experiências anteriores negativas, chegam até a UTI, mas não conseguem nem entrar para ver o paciente. E, outros ainda, entram na UTI para visitar o paciente, mas não procuram conversar e nem tocar no paciente. Esse é um dos motivos pelos quais torna-se necessário rever o critério a respeito de deixar apenas uma pessoa entrar por vez durante o horário de visitas.

A permanência de um familiar ao lado do paciente ainda não é uma realidade nas UTIs brasileiras e ainda não é bem aceito por alguns profissionais. Em algumas raras exceções, como no caso de se tratar de pacientes jovens ou terminais, os familiares acabam permanecendo ao lado do paciente e, geralmente, apenas um familiar pode ficar nesses casos. Essa experiência de um familiar permanecer ao lado do paciente foi considerada altamente positiva pelos familiares e vários profissionais que já vivenciaram a mesma, conforme especificado nas falas a seguir

“...eles me deixaram ficar no leito do meu pai, ao lado, em uma cadeira, com toda aquela parafernália de monitoramento do lado [...] Eu me senti em casa. Como se estivesse na minha casa, me senti muito à vontade” (Familiar 7 - filha).

“...nós já tivemos casos de familiares que ficaram do lado o tempo inteiro [...] mesmo na UTI a gente tem essa tendência de deixar mais tempo os familiares ficarem, principalmente, quando os doentes estão mais acordados e precisam mais

deles. Porque, às vezes, estão dormindo, também não precisa né?” (Alegria).

“...Nós já tivemos assim algumas oportunidades, experiências, com alguns familiares que ficaram, e foi muito bom” (Acolhimento).

Foi mencionado que o familiar deveria ficar junto com o paciente na UTI, para que o paciente não fique sozinho e longe da família, especialmente, porque o paciente corre o risco de morrer e pode querer falar com a família nos últimos momentos da sua vida.

“Se tiver um acompanhante para a pessoa, tanto na UTI como no quarto, eu acho que seria muito bom. Porque eu penso assim, como tem gente ali muito mal, é pouco né, sentir que a família vai ali e chora, e vê só um pouquinho, que aquilo é só meia hora de visitação” (Familiar 13 – esposa).

A presença de um familiar ao lado do paciente na UTI, parece ser assustador para a equipe, pois a mesma fica mais exposta, sente-se mais vigiada e, provavelmente, se controla um pouco mais em relação às conversas e maneira de lidar e tratar dos pacientes. Com a presença de um familiar na UTI, poderá ser também mais difícil para os profissionais comunicarem uma notícia ruim à família a respeito dos pacientes, em função do envolvimento. Por outro lado, poderá também despertar empatia por parte da família em relação aos profissionais e proporcionar mais trocas entre a equipe e a família, e a equipe poderá se sentir valorizada. Além disso, poderá levar a família a entender que também é difícil para os profissionais lidar com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes.

### 5.7.9.1 Apontando requisitos para ter um acompanhante ao lado do paciente

O tempo de permanência dos familiares na UTI e a manutenção de um acompanhante junto ao paciente, segundo os entrevistados, deve ser individualizada, porque é preciso levar em conta o respeito pela privacidade dos pacientes, o fato do paciente estar consciente, podendo perceber e interagir com o acompanhante, se o paciente está acordado, lúcido e se o acompanhante apresenta estrutura psicológica e atitudes de tranquilidade e cooperação com a equipe para permanecer no ambiente da UTI, uma vez em que nem todos os familiares têm condições para isso. Além disso, também há a necessidade de se ter uma estrutura física adequada, com acomodações apropriadas para o acompanhante.

“Para evoluir do horário de visita para outros momentos, as condições estruturais para acolher o acompanhante precisam ser alteradas” (Interação).

“Já a presença de um acompanhante, acho desnecessário, pelo ambiente mesmo trazer malefícios a esta pessoa - não ter acomodações apropriadas, barulho extremo” (Compreensão).

No entanto, há também resistências naturais por parte de profissionais e grupos que consideram que a presença da família ao lado do paciente na UTI é inviável, devido ao perfil dos pacientes, não sendo bom para os pacientes, visto que o familiar poderá se angustiar, fazer muitas perguntas e incomodar, transferindo a sua angústia ao paciente e profissionais e dificultando o manejo do paciente.

“Para ser sincero, eu acredito que ao familiar deve-se restringir ao máximo sua presença, pois por ser um ambiente onde todas as imprevistos podem acontecer, eu penso que o familiar irá ficar muito angustiado, ansioso e solicitante, acarretando assim, estresse para o profissional

que está ali exercendo sua atividade” (Sinceridade).

“...Imagina 10 familiares aqui dentro, um em cada leito. Eu não consigo imaginar. Eu não consigo imaginar 10 familiares não médicos, num ambiente de urgência, vendo punção em subclávia, uma passagem de cateter, tubo, ventilação mecânica, eu acho isso complicado, um familiar ali 24 horas. Não sei se ajudaria. Eu acho que não” (Exemplo).

“A UTI é um local de procedimentos estéreis e assépticos. É inevitável a presença de pacientes com bactérias multiresistentes. E por esses motivos, é um local com fluxo de pessoas controlado. Os profissionais que trabalham na UTI recebem, além de sua formação básica, um treinamento (pós-graduação) para esta e trabalhos em UTI. É preciso saber sobre procedimentos de higiene pessoal e cuidados de contaminação. Diante disso, é inconveniente a presença de familiares acompanhando o paciente durante o período de internação” (Limpeza).

Por outro lado, tem profissionais que consideram que o familiar não deve ficar do lado de fora da UTI e que, para alguns profissionais isso parece ser mais cômodo. Entretanto, também referiram que, sobretudo, deve-se atentar mais para a qualidade da presença do familiar e não apenas para a quantidade de tempo.

“...Por que o familiar tem que ficar do lado de fora, sofrer sozinho do lado de fora e o paciente do lado interno sozinho? [...] Então é claro, é muito cômodo para nós o familiar ficar lá fora, não opina, não participa, não interage” (Visão sistêmica).

### 5.7.9.2 Buscando a interação entre profissionais e familiares

A interação entre os profissionais e familiares também faz parte do cuidado e requer que os profissionais conversem e tenham contato diário com os familiares, para saber como estão, o que pensam sobre o paciente e para que os familiares saibam quem está cuidando do paciente. Ao buscar um diálogo com a família, os profissionais começam a entender melhor o que os familiares querem saber e quais são os seus problemas.

A interação entre profissionais e familiares se dá de diversas maneiras e em diferentes momentos, como: na internação dos pacientes, no horário de visitas e durante a passagem do boletim médico diário. Em algumas UTIs, bem como em alguns turnos, há mais interação entre os profissionais e familiares e, conseqüentemente, com os próprios pacientes, o que depende, sobretudo, dos profissionais que atuam em cada UTI e em cada turno. E, essa interação é facilitada quando os familiares já são conhecidos pelos profissionais. Os familiares procuram interagir com os profissionais durante os horários de visita, quando os veem trabalhando no ambiente da UTI.

Quando o paciente permanece muito tempo na UTI, os profissionais acabam criando um vínculo com o paciente e a família, assim como quando um familiar fica junto com o paciente na UTI e, nesses casos, ocorre muito mais interação entre os profissionais e familiares.

Os familiares necessitam e recebem orientações por parte dos profissionais na UTI e querem saber a finalidade do uso dos aparelhos no paciente. Entretanto, foi relatado que muitos profissionais não gostam de fornecer tais explicações aos familiares, mas acabam explicando apenas quando os familiares o solicitam.

Os profissionais também procuram apoiar a família, ao facilitar a proximidade dos familiares junto à UTI na hora da visita, ao darem encaminhamentos aos familiares e ao darem forças à família quando chega a falecer um paciente.



### 5.7.9.3 Buscando a participação da família nas decisões em relação ao paciente

Há uma tendência hoje em dia em incluir os familiares nas decisões em relação às condutas a serem tomadas em relação aos pacientes, embora isso ainda não seja uma realidade nas UTIs. Entretanto, alguns médicos procuram trazer a família para participar e entender.

Situar a família e o próprio paciente, conforme o caso, colocando-os a par da situação e, apresentando as opções em termos de condutas a serem tomadas sobre o paciente, fazendo a família participar, é o mais correto e facilita o manejo do paciente, sendo mais tranquilo para a equipe quando a família está de acordo com os procedimentos que vão ser realizados ou não, conforme as falas a seguir

“...Se o paciente parar, ninguém vai reanimar. Não tem que ficar massageando ele, colocando ele... Então, mas para isso, tem que ter a família junto. E entendendo aquela situação, senão daqui a pouco, um paciente terminal que pára, a gente não, esse vamos deixar. Aí o familiar: vai deixar ele morrer? E isso já aconteceu” (Agilidade).

“Se o familiar não quer fazer, tu não vai fazer. Se tem algum procedimento que vai ser feito, assim, tem uma insuficiência renal, se vai fazer diálise. Eles acham que não precisa fazer, podem ter optado por não fazer aquilo ali. A família têm responsabilidade sobre o paciente” (Exemplo).

Há médicos que apresentam escolhas para a família em relação ao tratamento do paciente, e deixam a mesma expor a sua opinião. Entretanto, há famílias que, para sentirem-se aptas a participar de tais escolhas, necessitam ser muito bem esclarecidas em relação às opções, aos possíveis riscos e benefícios e de que a conduta que vão autorizar traga resultados positivos.

Existem familiares que gostam de trocar ideias com os médicos, mas a divergência de opiniões entre os médicos também acaba

influenciando, dificultando e/ou confundindo a decisão da família em relação ao paciente, como ilustra a seguinte fala

“...Aí foi uma coisa, até a médica achou que se fosse da família dela, ela não deixaria fazer nova cirurgia. Aí foi aonde a gente ficou naquela, vamos deixar ou não?” (Familiar 8 - esposa).

Para autorizar uma conduta, a família geralmente precisa de um pouco de tempo para pensar e conversar entre si. Alguns médicos, ao informarem a família sobre a necessidade das condutas a serem tomadas em relação ao paciente, conseguem deixar a família mais segura para tomar uma decisão.

“Mas, teve um que disse: “Não, é preciso fazer a cirurgia, a gente vai fazer, vai dar resultado. Então ali...” (Familiar 9 - filho).

Há momentos em que a família não autoriza certas condutas, mesmo que os médicos já tenham decidido realizá-las, sem ter consultado a família antes. As famílias também têm consciência de que, ao não autorizarem determinadas condutas, também não saberão se as mesmas darão resultados favoráveis.

Alguns familiares caracterizam o fato do médico consultar a família sobre as decisões a serem tomadas em relação ao paciente, como insegurança profissional e que a família não deve ser consultada, mas apenas informada sobre o que vai ser feito no paciente, uma vez que o médico deve estar seguro do que faz e esperam que ele não tome uma decisão errada.

Há momentos em que torna-se necessária uma negociação com a família, principalmente, quando se trata de tratamentos paliativos e, às vezes, torna-se necessário, inclusive, fazer a família mudar de ideia. Outras vezes, mesmo que a família não mude de ideia ou não autorize certos procedimentos, o médico, muitas vezes, acaba realizando o

procedimento quando há chance de recuperação para o paciente. As famílias também reconhecem que nem sempre fazem a melhor escolha.

Existem familiares que pensam que os médicos não precisam da autorização da família para realizar determinados procedimentos no paciente, como no caso de uma cirurgia. Consideram muito difícil tomar decisões sobre o paciente internado na UTI, devido ao peso da responsabilidade e pensam que isso também traz confusão para a família, motivo pelo qual preferem que os médicos tomem as decisões e se dirijam à família apenas para comunicar o que é necessário fazer, explicando tudo e deixando a família a par.

Por outro lado, há familiares e profissionais que pensam que quando a família participa das negociações em relação ao paciente, vai tomando consciência dos fatos que estão acontecendo, vai construindo uma maneira de se confortar, consegue ir se preparando para a possibilidade do paciente chegar a falecer e passa a entender melhor o processo de morte, porque têm esse tempo para isso.

#### 5.7.9.4 Pedindo e encontrando forças em Deus e na religião

Os familiares têm muita fé em Deus e O consideram acima de tudo. Acreditam que Ele pode ajudar e que Ele dá forças para suportarem a dor e o sofrimento e os faz levantar quando desabam. Confiam Nele e a Ele se apegam e também a Ele pedem saúde, paz e forças para ajudar aos outros, conforme a fala a seguir.

“...Porque só Deus mesmo pra fazer a gente segurar e passar por tudo isso, porque muitas vezes, a gente desaba, mas parece que tem uma mão, a mão de Deus que acaba levantando a gente novamente” (Familiar 3 - filho).

Independente de serem religiosos ou terem uma religião, os familiares se apegam à questão religiosa, e rezam muito quando têm um parente na UTI. Também rezam pelos outros pacientes e familiares que também sofrem, como eles.

## 5.8 ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA ACEITAR E LIDAR COM A MORTE

A dificuldade dos profissionais para aceitar e lidar com a morte dos pacientes também 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 a mesma.

Aceitar e lidar com a morte é uma dificuldade dos profissionais da UTI como um todo, mesmo dos mais experientes e, os mesmos não são preparados para isso durante a formação profissional e, além disso, é preciso considerar que os profissionais da UTI apresentam uma atuação extrema no sentido de reverter situações, visando a recuperação dos pacientes.

A categoria Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte compreende as seguintes subcategorias: Ficando angustiados com o sofrimento e a morte dos pacientes; Ficando frustrados e sensibilizados 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. As mesmas são descritas, conforme segue.

### **5.8.1 Ficando angustiados com o sofrimento e a morte dos pacientes**

Na UTI, há a presença constante de pacientes sofrendo e, a morte de pacientes também faz parte do cotidiano da UTI, sendo que o sofrimento e a morte dos pacientes foram apontados como a maior fonte de angústia, sofrimento e estresse para os profissionais que trabalham em UTI. O enfrentamento da dor e da morte causa desgaste nos profissionais que são formados e preparados para recuperar e salvar vidas e não para enfrentar a morte.

“...Isso aí acho que atrapalha, às vezes, um pouco a gente, psicologicamente, a questão da morte em geral. A gente tenta lidar com ela da melhor forma possível né? Mas, às vezes, acaba interferindo no sentimento da gente” (Humanização).

A equipe da UTI sofre mais com o sofrimento e a morte de pacientes jovens e internados por mais tempo e têm mais dificuldade de lidar com a morte quando se envolve com a família, especialmente, nos casos em que a família têm ficado ao lado do paciente na UTI. Já a morte de pacientes idosos é encarada com mais naturalidade pelos profissionais.

A maioria dos profissionais, quando começam a trabalhar na UTI, se sensibilizam mais e sofrem mais com o mau prognóstico, o sofrimento e a morte dos pacientes. Alguns profissionais não têm estrutura psicológica para suportar a questão da morte. Mas, a maioria dos profissionais, com o tempo, adaptam-se para lidar com o estresse psicológico da UTI, relacionado à morte. Há também profissionais que, ao iniciarem o seu trabalho na UTI já apresentam uma qualidade intrínseca para conviver com a dificuldade do mau prognóstico e morte dos pacientes.

“...A gente tinha uma Enfermeira que era da Maternidade, e ela veio do [outro hospital] pra cá. Só tinha vaga na UTI. Toda vez que morria um paciente, ela chorava. E aí eu fiquei assim, por consequência dela. E ela já tinha anos de profissional do [outro hospital], e aqui ela era nova. Então, ela queria Maternidade, mas não tinha vaga. Então, era lá que ela queria ficar. Toda vez que morria um paciente, ela chorava. Era ela e a família junto. [...] Era um mês de choro. E a gente não tem isso” (Vínculo).

A morte na UTI, frequentemente, também é associada à falha médica, especialmente, pelos médicos. O médico parece ser o profissional que se sente mais angustiado diante da morte e custa mais a

aceitar a morte do que os outros profissionais. Já a enfermagem, parece que sente mais o sofrimento dos pacientes pela proximidade que têm com os mesmos. Entretanto, o que mais angustia os profissionais de enfermagem, segundo os entrevistados, não é o sofrimento dos pacientes, mas a morte deles, de acordo com a fala a seguir.

“...eu estava falando de um paciente, que eu fiquei chocada ontem, quando eu cheguei eu não o vi, vi o leito dele vazio. Entendeu? Porque eu sinto isso. Eu fiquei chocada que o paciente tinha morrido [chora]. Que eu acho que a gente sente mesmo com isso, não é só eu, mas as gurias todas também. Então claro, que isso vai muito do envolvimento que a gente tem com eles. Tem uns que a gente sente um pouco mais, outros um pouco menos. Mas a gente lida até razoavelmente bem com isso. Em relação a alguns pacientes, assim como alguns, eles são intermitentes, alguns a gente até diz, ah Meu Deus, acaba com tanto sofrimento, tu está vendo a família, o próprio paciente que está ali, a gente diz chega. Poxa! Pelo amor de Deus! Não deixe sofrer demais! Então eu acho que a gente é até bem sensível. Eu pelo menos sou” (Humanização).

De um modo geral, os profissionais da UTI têm dificuldades para lidar com a morte, mesmo aqueles que têm anos de experiência em UTI, uma vez em que ninguém está preparado para isso, por mais que se tenha a morte como uma certeza da nossa vida, como especificam as falas a seguir

“...A morte tem um peso muito grande. Por mais que se deixar.... com o conforto, toda vez que um paciente vai a óbito, é uma sensação de perda para toda a equipe” (Agilidade).

“...Então, é sempre um momento difícil! É comentado em toda a unidade: Puxa vida! Ontem faleceu o Fulano! Então, todo mundo fica: Puxa vida! Ele estava quase se recuperando! Então, a

gente vê que os profissionais sentem, porque a gente se dedica” (Humildade).

Além dessa dificuldade que os próprios profissionais sentem, os mesmos também convivem com a dificuldade da família em aceitar a morte e precisam confortar os familiares, uma vez que os mesmos não aceitam a piora do quadro do paciente e, menos ainda, perder o paciente.

#### 5.8.1.1 Tendo dificuldades para comunicar a morte paciente à família

A parte mais difícil da UTI, de acordo com os profissionais, não é a morte em si, mas confrontar-se com a família após a morte e ter que comunicar à mesma que o paciente morreu. Nem todos os profissionais tem habilidade para dar a notícia da morte e os profissionais também temem a reação da família diante da notícia e, muitas vezes, acabam se comovendo junto com a família, principalmente, quando tem mais contato e envolvimento com a família, como constatam as falas a seguir

“...A parte mais difícil, na verdade, da UTI, é essa parte aí, avisar, não a própria morte em si, mas avisar a família que a pessoa morreu [...] Avisar, tem que falar que a pessoa morreu. A pessoa cair, tu sentir que a pessoa desmaiou no outro lado da linha. Por quê? Porque tu não têm tato para aquilo ali. Tu não pergunta se a pessoa está sozinha, se ela está com outro familiar. Só se liga. A gente tinha uma Enfermeira que chegava e falava: ‘Fulano morreu, tem que vir pra cá’. Tchuummm!!! Aí ela via que o outro ficava chocado” (Vínculo).

“Difícil sempre é. Claro, com o tempo que tu tens, trabalhando com paciente grave e dando notícia, não é uma coisa que faz sofrer muito, mas isso aí não é bom, uma notícia ruim de dar, tu não sabe qual vai ser a reação, se tem uma situação, tem coisas da gente também, às vezes, morre uma

pessoa, é uma situação que não é boa. Mas já faz parte do dia-a-dia daqui da UTI. E tu acaba não te envolvendo muito com a situação para poder manejar isso né?” (Exemplo).

“...Então, a notícia da morte realmente é bem difícil de dar. Até porque eu também já recebi a notícia da morte de um familiar e a gente sabe que sente né? A gente se apavora com isso, já com a idade adulta. A gente sente a perda. Então, a gente acaba se comovendo com a notícia” (Humildade).

Normalmente, quem dá a notícia da morte do paciente para a família é o médico, mas, dependendo da UTI, também o enfermeiro e o técnico de enfermagem costumam dar essa notícia para a família e, geralmente, a notícia da morte não é dada por telefone. Quando ocorre a morte de um paciente, os profissionais costumam chamar a família para vir até a UTI, alegando que o estado de saúde do paciente se agravou para, então, os profissionais poderem conversar com a família e dar a notícia da morte do paciente pessoalmente.

Os profissionais referiram que é complicado dar a notícia da morte do paciente para a família quando não se têm informado a família antes a respeito da gravidade do paciente. Dependendo do tempo em que o paciente fica na UTI, nem sempre os profissionais conseguem preparar a família antes. Por esse motivo, têm profissionais que, ao comunicarem a família sobre a morte do paciente, adotam como estratégia comentar primeiro com a família como o paciente estava, conforme a fala

“Normalmente, a gente faz em forma de estratégia. A gente não pode simplesmente chegar na família e dizer: Ah, o Seu João morreu! A família não vai entender. Normalmente, a gente comenta como é que ele estava. Ou muitas vezes, no primeiro contato que a gente têm com a família a gente pergunta, eu pelo menos, o que a família entendeu da doença” (Agilidade).



Por outro lado, quando se mantém a família a par sobre a evolução do paciente e se vai preparando os familiares antes do paciente falecer, torna-se mais tranquilo dar a notícia da morte. Há também momentos em que os profissionais se surpreendem com a reação e compreensão da família diante da notícia da morte, conforme as falas

“Geralmente, os familiares já estão preparados quanto à evolução do paciente. Já vai preparando eles para dar. Aí já é uma situação já bem mais tranquila. A gente chama eles e conversa. O paciente estava mal, evoluiu mal, teve uma parada e ele faleceu. [...] Mas no dia-a-dia, a morte é uma coisa mais natural assim, porque depende da evolução daquele paciente, já veio mal, vai piorando, por isso a gente tem que entrar em contato com os familiares, para ter mais tranquilidade para dar uma notícia ruim, quando o paciente evoluir mal. Algumas famílias são mais tranquilas, outras são mais difíceis” (Exemplo).

“...eu sinto também, que aconteceu até agora que, às vezes, que a gente vai dar a notícia, sempre aceitaram bem e sempre agradeceram o cuidado que a gente teve com o familiar aqui. Que eles sabem que a gente fez de tudo, e que eles sabem também que eles estavam em boas mãos. Às vezes, a gente até têm medo de chegar e dar a notícia e, no fim, tu acaba recebendo boas informações, sabe? Nessa hora! Tu acaba sendo mais confortada do que tu conforta” (Trabalho em equipe).

### **5.8.2 Ficando frustrados e sensibilizados com a internação prolongada dos pacientes e com a presença de pacientes terminais**

Os familiares e profissionais da UTI sofrem e ficam angustiados frente a terminalidade dos pacientes e, de um modo geral, todos apresentam dificuldades para lidar com a mesma, e ninguém consegue aceitá-la, de acordo com a fala a seguir.

“É difícil! É muito difícil! A terminalidade é uma coisa que ninguém aceita. Os familiares não aceitam. Quem trabalha na UTI não aceita. Os médicos não aceitam. Os assistentes [médicos] não aceitam” (Agilidade).

Segundo os entrevistados, na UTI internam muitos pacientes terminais, sem indicação de UTI, devido a angústia da família e/ou do médico assistente, e também, em função das condições de atendimento nos outros ambientes, o que aumenta a mortalidade na UTI. Dessa maneira, os pacientes terminais, geralmente, recebem cuidados paliativos na UTI, tais como proporcionar conforto e evitar que sintam dor e falta de ar.

Entretanto, nem sempre os pacientes terminais recebem apenas cuidados paliativos. Muitas vezes, existe uma obstinação terapêutica da parte médica e pressão por parte da família em prolongar a vida de um paciente terminal, mais do que se deveria, com procedimentos desnecessários, o que gera uma angústia ainda maior nos demais profissionais que sofrem ao ver o paciente agonizando e se sensibilizam com o sofrimento do paciente e também da família, como destaca a fala a seguir

“É, na UTI, acho que tem certa dificuldade sim. A gente vai aprender com o tempo, um pouco, trabalhando. Mas tem uma certa, aquela coisa de fazer muito para, nunca acha que é terminal. Então sempre tem uma coisa para fazer mais. Então diz assim, bota dopamina, vai, vai, vai, aquela coisa. Mesmo com morte cerebral, vai querer ainda fazer uma porção de coisas. Tem uma tendência assim. Como é unidade de tratamento intensivo, que o médico trabalha com o perfil de atuar, de querer reverter situações, então, acho que, às vezes, se investe muito e se faz mais coisas do que deveria com os pacientes. Até mesmo para não dizer que não está fazendo, que está fazendo. Alguma situação legal que possa complicar. Então, acho que, às vezes, tem toda essa situação, a gente vai aumentando os recursos. Recursos para se manter aquela vida por mais tempo. Então, cada vez começa a se ter mais

isso. Existe uma tendência a prolongar mais do que deveria. A gente mantém mais tempo do que o paciente tem condições, por exemplo, idosos. Está com insuficiência renal, insuficiência cardíaca, e faz diálise e faz isso. Então, a situação acaba se arrastando, se arrastando, às vezes, uma semana assim, sem necessidade de investimento. Acho que isso é muito difícil. Eu acho que isso é dificuldade de aceitar que falhou. Não é falhar no caso, mas é dizer vai morrer, por causa que não tem mais o que fazer ali. Acho que é. A gente vê quando começa na UTI, tem gente que é mais nova assim, a dificuldade é muito maior do que a gente que está aí a mais tempo” (Exemplo).

“...o pessoal da Enfermagem sempre acaba é apelando pra que ‘Eu acho que já passou, tá no limite. Não vai evoluir, né?’ Então, talvez porque eles estão mais tempo em contato com o paciente, acaba tendo um elo maior, um vínculo maior, uma noção maior do sofrimento” (Escuta qualificada).

Essa obstinação terapêutica por parte dos médicos tem a ver, sobretudo, com a negação da terminalidade e com a dificuldade em deixar as coisas evoluírem naturalmente, além da dificuldade de manejo com os familiares, conforme a fala

“...às vezes, é difícil até de achar o meio termo, entre o que deve ser encaminhado no sentido da vida e o que deve se deixar encaminhar no sentido da morte. [...] Nós fomos treinados para não deixar morrer. Então, deixar as coisas evoluir, às vezes, é muito difícil. Gera uma angústia muito grande. Mas, às vezes, a gente tem que chegar num consenso e dizer não, para evitar, vamos dizer assim, as manobras fúteis, para deixar evoluir. Não caminhar na direção da distanásia. Mas, às vezes, é complicado definir qual é o limite. E, sem dúvida, toda a perda, por mais que seja prevista, gera uma angústia muito grande” (Agilidade).

Os profissionais também ficam sensibilizados com a presença de pacientes jovens e internados por mais tempo e, sentem o peso da presença de pacientes em fase terminal, principalmente, porque precisam se envolver com a família todos os dias, nesse caso. Quando o paciente encontra-se numa situação mais grave, os familiares também ficam com uma sensibilidade maior e criam um apego maior com os profissionais, telefonam e perguntam mais e, os profissionais, por sua vez, acabam tendo mais contato e vínculo com os familiares.

A internação prolongada dos pacientes na UTI frustra e desanima os profissionais, e os mesmos começam a se questionar sobre os motivos que podem estar envolvidos com a não evolução dos pacientes. Há profissionais e familiares que também se questionam diante da presença de pacientes terminais na UTI, no que diz respeito ao sentido do trabalho, e também, em relação ao sofrimento e conforto desses pacientes, conforme as falas a seguir

“...Às vezes, tu te pergunta assim: o que eu estou fazendo aqui com esse paciente? Porque tu pensa assim, vou fazer fisioterapia para o paciente melhorar, enfim. Então, quando tem esses casos assim, que estão investindo num paciente que a gente sabe que não vai sair, a gente se pergunta: o que eu estou fazendo aqui, para que esse meu trabalho? Será que eu realmente estou dando, o que eu estou oferecendo para esse paciente? Acho que muito é dessa angústia [...] às vezes a gente se questiona assim: bom, mas se é conforto, será que esse paciente não tinha que estar bem sedado, se está em ventilação mecânica, estar bem sedado, com remédio para dor?” (Flexibilidade).

“...A medicina é boa e tem recursos quase pra... Ela ficou vinte dias lá, só nos aparelhos, com todos os aparelhos, desde o sangue circular, todo em aparelhagem. Só que se tu acompanha, a gente tinha dias que a gente chegava a se questionar se vale a pena a pessoa sofrer tanto. E claro, que depois ela teve melhora, tudo bem, né? Mas quantos não vencem ultrapassar? Daí a gente se questiona” (Familiar 12 - esposo).

Dessa maneira, há momentos em que a morte de um paciente terminal também representa um alívio para a equipe, conforme a fala

“...e, às vezes, é essa questão assim de que o paciente está morrendo realmente e, às vezes, a gente até se tranquiliza, relaxa sabe, que bom! Descansou!” (Flexibilidade).

Torna-se necessário que a equipe tenha discussões entre si, não apenas de modo informal, mas tendo mais encontros em conjunto para discutir a ética nos casos terminais e, dessa maneira, beneficiando os pacientes, especialmente, ao envolver os profissionais de enfermagem nessas discussões, porque a enfermagem acaba tendo uma aproximação maior com o paciente, quando comparada com as outras profissões. Além disso, os profissionais também precisam convencer a família para não continuar investindo, quando a situação do paciente é irreversível.

### **5.8.3 Encarando a morte de diferentes maneiras**

Os profissionais da UTI veem pacientes morrendo diariamente, inclusive, às vezes, presenciam várias mortes no mesmo dia, e acabam se acostumando com a presença da morte na unidade, e vendo-a como algo mais natural. Para conviver com essa situação, os profissionais, geralmente, criam uma barreira de proteção frente a morte, conforme a fala a seguir

“...Que não é normal assim. Imagina, ontem morreram três. A gente viu os três corpos à noite. Aí quando a gente já estava no terceiro, o pessoal assim: “O próximo!” Isso quer dizer, onde já se viu? Mas, é coisa que tu tens que levar. Saiu da rotina. Imagina, morreram dois! Morreu uma pessoa, morreu outro, e morreu o outro também. São três mortes num dia, em 12 horas!” (Vínculo).

No entanto, cada profissional reage de uma maneira diferente diante da tensão e angústia relacionadas à morte. Assim, os mesmos podem ficar com medo, tristes, chateados, calados, chocados, passar mal, apresentar nervosismo, falar muito, tentar fugir do momento, evitar se envolver, racionalizar, brincar com a morte e/ou encarar a morte com naturalidade. Os profissionais acabam sentindo mais a morte de alguns pacientes do que de outros, dependendo do envolvimento que têm com os mesmos, e também, quando são pacientes mais jovens.

Normalmente, os profissionais procuram não se envolver muito com a morte e precisam racionalizar muito para poderem manejar a situação, e também, para não sofrerem. Entretanto, os mesmos referiram que, tanto a falta de racionalismo quanto o excesso de racionalismo de alguns profissionais atrapalha o manejo e estressa a equipe, de acordo com o seguinte relato

“Nós temos que racionalizar muito. Porque, se daqui a pouco um paciente fica ruim, tu ficar triste e começar a chorar ao lado do paciente, não vai adiantar nada. Então, tem a tensão, tem a liberação de adrenalina por causa do estresse, mas por outro lado, tu tens que te manter frio, senão tu não consegue pensar, tu não consegue fazer as coisas. Tu acaba sendo racional e em alguns momentos tem que ter uma frieza excessiva até, senão tu não consegue trabalhar. E outra coisa, tu pode depois não racionalizar e ir muito para o lado do sentimentalismo, daqui a pouco tu vais levar isso para casa. Então, também tu vais viver a vida mesmo fora do trabalho, vive angustiado. Por mais que a gente diga isso, a gente sente e depois que vai para casa acaba pensando algumas coisas” (Agilidade).

#### **5.8.4 Evitando interagir efetivamente com os familiares**

Os familiares se dão conta durante os horários de visita aos pacientes que os profissionais da UTI evitam ter contato e interagir com eles, tratando-os com frieza. E isso eles percebem no momento em que

entram e saem da UTI para ver o paciente, quando os profissionais não olham para eles, não os cumprimentam, não conversam com eles, a não ser quando precisam chamar atenção dos mesmos, como também não têm consideração pelos familiares, e procuram, durante o horário de visitas, não permanecer no ambiente onde os pacientes e familiares se encontram, mas vão até a copa para conversar e/ou lanchar.

“...a única coisa que eu percebi pouco assim aqui é um tratamento humano, mais humano. É muito frio, muito gelado, na questão de todos que estão aqui dentro” (Familiar 3 - filho).

“...que toda hora eles estão aqui e ali, levando remédio e colocando e tirando. Aí eles não, [...] Então, eu acho que é por isso que eles tem essa coisa, e aí acostumam. Eu vejo a questão profissional deles, é isso. Talvez o sentimento, a gente acha assim que talvez se eles ficassem conversando conosco, a gente vê eles na hora de tratar a minha mãe. Até porque ali, infelizmente, por exemplo, esse tratamento frio deles, a UTI trás isso né?” (Familiar 2 - filho).

Os profissionais, por sua vez, também reconhecem que têm muito pouca interação da equipe como um todo com os familiares, pois, os profissionais acabam fugindo do contato com os familiares, mas principalmente, do vínculo com os mesmos. Reconhecem ainda, que há pouca paciência para dar explicações aos familiares, e que, se dá pouca abertura para os familiares fazerem perguntas e expressarem seus sentimentos; que há poucos profissionais que procuram interagir com os familiares durante o horário de visitas; que dificilmente têm algum profissional que acompanha os familiares na hora da visita, e que pouco se leva o familiar para mostrar a UTI, como seguem as falas

“Eu mesma era uma pessoa assim, que fugia muito na hora da visita, a tendência é fugir do familiar. E aí com o tempo, a gente trabalhou isso aí. E agora não tem. E aqui eu trabalho bastante com eles [com a equipe]” (Trabalho em equipe).

“...na hora da visita, nós tínhamos um horário e depois passamos para três horários, uma hora em cada visita, e os funcionários todos se afastavam, deixavam o familiar sozinho. Eu digo: gente é isso? O que o familiar vai pensar? Ele vai pensar que vocês sempre fazem assim. Por que não ficar próximo? Mostrem o que vocês sempre fazem. Fiquem próximos do paciente” (Visão sistêmica).

Dessa maneira, os profissionais classificam o relacionamento da equipe com os familiares como sendo ruim, e que, têm muitos profissionais que atendem mal os familiares, sendo que, normalmente, os familiares procuram os profissionais para pedir alguma explicação e que, nem todos os profissionais dão explicações aos familiares. Muitas vezes, os familiares têm medo de falar e fazer perguntas aos profissionais e, os profissionais, de outro modo, muitas vezes, também não orientam os familiares de que eles podem falar e fazer perguntas.

“...eu até já tentei falar com uma aí outro dia, a menina [técnica de enfermagem] estava colocando remédio, eu assim: Dá pra ti fazer uma leitura pra mim nesses equipamentos aqui, pra mim ter uma idéia? Aí ela falou alguma coisa pra mim sabe, mas isso bem rápido porque ela tinha outro pra atender” (Familiar 2 - filho).

Foi destacado que o envolvimento dos médicos com as famílias é muito unilateral, e que, a maioria dos médicos não gostam de conversar com as famílias, sendo que as pessoas mais simples ficam constrangidas diante dos médicos e com medo de fazer perguntas.

Embora alguns familiares procurem interagir com a equipe, a não abertura da equipe da UTI para as interações com os familiares, faz com que as famílias também não tenham essa interação com a equipe, o que contribui para que as famílias cheguem, muitas vezes, com aversão ao ambiente da UTI. Já quando o paciente está internado há mais tempo na UTI, acaba se dissolvendo o estranhamento da família com a equipe.



Como consequência da falta de interação entre profissionais e familiares, os familiares, muitas vezes, apresentam falta de esclarecimentos em relação a algumas questões, tais como, não entendem por quê os familiares não precisam usar roupas especiais para entrar na UTI; apresentam dúvidas relacionadas à contaminação, com medo de passar contaminação ao paciente, motivo pelo qual evitam tocar no paciente; surpreendem-se quando veem crianças, realizando visita aos pacientes na UTI e, também apresentam dúvidas, no caso de procedimentos que não tendo sido autorizados pela família, se o médico realizaria esses procedimentos, caso ele considerasse que esses procedimentos seriam benéficos para o paciente, conforme seguem as falas

“...Talvez eu me encorajo e vou. Talvez eu passo contaminação. Em relação à contaminação, o que me estranhou a UTI, eu imaginava que a gente ia estar com roupas especiais, com luvas e sapato e tudo” (Familiar 10 - nora).

“...Então, mesmo que você passa ali, lava a mão, passa um álcool, alguma coisa, mas dali você já acaba tocando numa porta para poder entrar e acaba cumprimentando uma pessoa que você não sabe da onde vem e aí você entra em contato. Então, eu procuro não tocar em nada. Eu não sei se está certo ou está errado, mas eu acho que é uma maneira...” (Familiar 9 - filho).

“Viu aquele pai entrar com uma criança? Aquilo ali a gente ficou meio assustado” (Familiar 8 - esposa).

“O médico, sabendo que aquilo ali era uma chance boa de recuperação dele. Eles iam acabar fazendo? [cirurgia]” (Familiar 9 - filho).

Dessa maneira, os profissionais da UTI precisam rever a maneira como tratam as famílias e procurem interagir efetivamente com elas. Nesse sentido, os sujeitos entrevistados apontaram como sugestões: a necessidade de acolher bem as famílias, fazendo com que as mesmas se sintam bem na UTI; mostrar a UTI aos familiares; tentar desmistificar

para os familiares o ambiente assustador de UTI; procurar levar o familiar para o box do paciente e explicar como funcionam os aparelhos e para que servem; fornecer mais informações aos familiares e, disponibilizar um profissional durante os horários de visita que tenha habilidade para tratar e lidar com os familiares.

### **5.8.5 Precisando da ajuda de psicólogo para os profissionais**

O ambiente da UTI é considerado um ambiente de muito desgaste para os profissionais, motivo pelo qual necessitam do apoio de um profissional externo, como um psicólogo, principalmente, quando precisam lidar com a morte e se deparar com a família para dar a notícia da morte do paciente. Embora os profissionais sintam essa necessidade, e tenham, inclusive, já solicitado em alguns momentos a intervenção do serviço de psicologia para trabalhar com os profissionais da UTI, normalmente, não se têm um psicólogo para atuar só na UTI, como também, geralmente, não têm um psicólogo para atuar com os profissionais.

“...acho que nós deveríamos ter um psicólogo dentro da unidade, dentro da UTI. Não só para os pacientes, como para os funcionários” (Humanização).

“...Mas, eu também acho que seria necessário assim. Não que a maioria não consiga lidar com essa situação. Mas, se eles tem um apoio psicológico qualificado, melhora” (Acolhimento).

### **5.8.6 Precisando abordar e trabalhar a morte com os profissionais**

Os profissionais da saúde, em especial, os profissionais da UTI, são formados e treinados para recuperar e salvar vidas e não para enfrentar a morte e, a questão da morte, geralmente, também não é trabalhada com os profissionais nos locais onde os mesmos exercem a sua profissão.

“...E aí essa coisa do enfrentamento da dor, da morte, isso causa desgaste. Por quê? Porque nós não somos formados para enfrentar a morte. Nós somos formados para salvar vidas. E aí a gente discute também, se a gente pensar na questão do currículo, são poucos os momentos que a gente discute essa questão da morte no currículo de enfermagem. Acho que até porque para nós isso é muito difícil. Ninguém está preparado” (Reflexão).

“...E não se trabalha também isso, que eu acho que deveria se trabalhar, né?” (Vínculo).

Assim, percebe-se que é preciso trabalhar a questão da morte na formação dos profissionais da saúde, inclusive, capacitando os professores para isso, e também procurar trabalhar a mesma com os profissionais da UTI. Foi destacado pelos sujeitos entrevistados que é importante conversar, perceber e ver o ciclo da vida naturalmente, e que, quanto mais se fala sobre isso, mais vai-se trabalhar e construir uma consciência maior a respeito.

## 5.9 RESUMO DOS RESULTADOS

O ambiente de cuidados da UTI é um ambiente muito dinâmico e complexo, de extrema atuação, com a presença de pacientes graves e instáveis, que são monitorados continuamente por profissionais capacitados e com o auxílio de tecnologia diferenciada. Os profissionais procuram investir para reverter situações e recuperar a saúde dos pacientes e, ao mesmo tempo, também buscam proporcionar um ambiente físico favorável, sobretudo para a assistência. A presença dos familiares é extremamente restrita e os mesmos encontram-se muito ansiosos e preocupados com a situação dos pacientes. Há estresse e conflitos na unidade que são considerados fatores intervenientes e inerentes à mesma e que necessitam ser mediados. O trabalho em equipe e o bom relacionamento entre os profissionais são estratégias importantes para o bom desempenho dos profissionais. Como consequência, a recuperação da saúde dos pacientes causa satisfação aos

profissionais, enquanto o sofrimento e a morte dos pacientes gera angústia e frustração nos mesmos.

O que é mais importante no ambiente da UTI para os sujeitos entrevistados, ou seja, para os pacientes, familiares, profissionais e gestores, encontra-se sintetizado no Quadro 13 a seguir.

Aspectos	Profissionais e gestores	Familiares	Pacientes
O mais importante no ambiente da UTI	<p>Conseguir recuperar a saúde dos pacientes;</p> <p>Um espaço ampliado que facilita a realização do cuidado/procedimentos e o transporte dos pacientes; Valorizam a organização, a limpeza, o trabalho em equipe, o bom relacionamento entre os profissionais, a luz natural, a presença de sol, a visão externa, a presença de janelas maiores, poder visualizar todos os pacientes ao mesmo tempo e um ambiente para os profissionais poderem lanchar, conversar e descansar.</p>	<p>O que importa para os familiares é a apresentação, a organização e a limpeza do ambiente, bem como, saber que o paciente está higienizado, confortável e sendo bem atendido pelos profissionais. Valorizam o controle de quem entra na UTI, o que consideram importante para a segurança dos pacientes.</p> <p>Também fizeram referência ao tratamento frio e desumano por parte dos profissionais da UTI em relação aos familiares dos pacientes internados.</p>	<p>Referem-se às necessidades humanas básicas, como sentir fome, sede e dor, e não poderem comer, beber e nem comunicar-se verbalmente e, dessa maneira, também não serem compreendidos e não poderem pedir nada. Em relação ao ambiente, fizeram referência ao barulho e valorização da limpeza.</p>
Como veem o ambiente da UTI	<p>Como um ambiente de trabalho onde prevalece a objetividade, a agilidade, a qualidade técnica.</p>	<p>Como um ambiente de tristeza em que prevalece a subjetividade (sentimentos), solidariedade e compaixão;</p> <p>Valorizam muito a informação correta, o Boletim Médico diário e a competência profissional;</p> <p>Esperam mais atenção por parte da equipe de saúde;</p> <p>Consideram a UTI 1 a melhor UTI de Santa Catarina.</p>	<p>- Um ambiente horrível (onde não comem, não bebem, não falam, não lembram o que passou, sentem frio/calor);</p> <p>- Um ambiente bom (para alguns);</p> <p>- Um ambiente de recuperação.</p>
Geralmente encontram-se	<p>Alegres, descontraídos e amigos;</p> <p>Sofrem com o mau prognóstico e morte dos pacientes.</p>	<p>Tristes, com medo, abalados, com dificuldade para elaborar e aceitar o mau prognóstico e a morte/perda;</p> <p>Precisam se conformar;</p> <p>Tem fé em Deus e confiança na equipe de saúde da UTI.</p>	<p>Entubados, traqueostomizados, sedados, sonolentos ou acordados;</p> <p>Pouco ou nunca falam;</p> <p>Apresentam dificuldades para se comunicar;</p> <p>Expressão facial triste e sofrida;</p> <p>Ficam isolados, separados em boxes individuais;</p> <p>São dependentes dos profissionais.</p>

Quadro 13: O mais importante no ambiente da UTI para profissionais e gestores, familiares e pacientes

Os resultados apresentados nesse Capítulo serão discutidos com estudos realizados por outros autores, no Capítulo a seguir.

## 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Ohne Stimulation geben wir dem Kranken keine Chance der Wahrnehmung, eine wichtige Grundvoraussetzung für die Genesung der Kranken”<sup>7</sup>.

(Christiane Pross-Löhner)

A Grounded Theory foi o método de pesquisa utilizado neste estudo, conforme descrito no Capítulo 4, e acredita-se que esse foi o método mais adequado para o mesmo, devido a 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 39(trinta e nove) entrevistas, com a participação de 47(quarenta e sete) 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, e que, aliado ao referencial teórico da complexidade de Edgar Morin, a partir de uma visão sistêmica, proporcionou uma 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 08(oito) categorias.

Durante o processo de pesquisa buscou-se observar e seguir criteriosamente todos os passos do método, conforme preconizado por Strauss, levando em conta a objetividade, a sensibilidade, a criatividade, o conhecimento, a experiência profissional, a literatura e a interação constante com os dados da pesquisa.

O tamanho da amostra foi satisfatório e envolveu diversas UTIs, bem como, diversos atores, conforme mencionado acima. Foram realizadas 05(cinco) entrevistas envolvendo pacientes internados na UTI

---

<sup>7</sup> Traduzindo para o português: “Sem estimulação nós não damos ao paciente a possibilidade de percepção, um requisito importante para a recuperação do doente”.

ou que já haviam sido pacientes de UTI em outros momentos. Além disso, teve 02(dois) familiares que também já foram pacientes de UTI e que também relataram as suas experiências como tal. No entanto, faltou entrevistar pacientes e familiares na UTI 2.

Dos 05(cinco) pacientes entrevistados, 02(dois) haviam sido submetidos à cirurgia eletiva e, por esse motivo eles estiveram inicialmente anestesiados durante a sua internação na UTI e, os outros 03(três) pacientes, além da gravidade da doença, ficaram sedados por vários dias na UTI, motivo pelo qual os pacientes, de um modo geral, apresentaram limitações para relatar as suas experiências enquanto pacientes internados na UTI, bem como, para falar sobre o significado do ambiente de cuidados em UTI, pois os mesmos lembravam pouco ou nada sobre o ambiente da UTI, sobre os cuidados que receberam, sobre a presença da luz natural, a claridade, entre outros elementos, sendo que para eles o mais importante foi a satisfação das necessidades humanas básicas, que nem sempre foram satisfeitas, por isso falaram do jejum, da fome, da sede, do frio, da dor que sentiram, do barulho que ouviram, e o fato de nem sempre terem conseguido dormir.

Realizou-se 50(cinquenta) horas de observação participante na UTI 1 e observações gerais na UTI 2 e 3 antes e após as entrevistas, bem como 55(cinquenta e cinco) horas e 30(trinta) minutos de observação participante em 02(duas) UTIs e em uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo do Hospital *Klinikum Bielefeld*, na Alemanha, durante o Doutorado Sanduíche da pesquisadora principal. Entretanto, teria sido interessante se tivesse sido realizada observação participante também na UTI 2 e 3, não apenas antes e depois das entrevistas.

As UTIs estudadas são variadas, sendo que a UTI 1 pertence a um hospital público universitário, de grande porte. A UTI 2 pertence a um hospital privado de pequeno porte. Já a UTI 3 pertence a um hospital filantrópico de grande porte e, as UTIs do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre/RS e da Sociedade Hospital de Caridade de Santa Rosa/RS, não foram visitadas e nem observadas, porque os sujeitos a elas relacionados foram entrevistados em outros locais/municípios, como já descrito no Capítulo 4. Quanto ao ambiente físico das UTIs, a UTI 1 e 2 foram construídas novas recentemente e, a UTI 3 havia sido reformada há pouco tempo. Embora cada UTI apresente uma estrutura



física diferenciada, as mesmas apresentam semelhanças entre si em relação ao funcionamento geral.

As 08(oito) categorias que integram a teoria substantiva construída nesse estudo serão discutidas na sequência, uma por uma, com outros estudos publicados e acessíveis nas bases de dados nacionais (Base de Dados de Enfermagem - BDENF e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS) e internacional (Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE), entre os anos 2006 a 2010, nos idiomas português, inglês e espanhol, levando em conta também outras referências disponíveis na literatura. A busca dos estudos nas bases de dados foi guiada pela utilização dos seguintes descritores, consultados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): unidades de terapia intensiva; cuidados intensivos; ambiente de instituições de saúde; decoração interior e mobiliário; relações profissional-paciente; relações profissional-família; relações interprofissionais; ambiente de trabalho; humanização da assistência; cuidados de enfermagem e, ainda, utilizando as palavras: ambiente e, gestão ambiental: conforto, não classificadas como descritores DECS.

## 6.1 SUSTENTANDO A VIDA NO AMBIENTE COMPLEXO DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A primeira categoria denominada “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, que representa a categoria central e é composta pelas subcategorias: Valorizando a vida dos pacientes; Recuperando a saúde dos pacientes; Caracterizando o ambiente da UTI e, Definindo a funcionalidade do ambiente da UTI, apresenta o tema central da teoria construída nesse estudo e faz referência à essência da UTI que é investir para recuperar a saúde de pacientes graves e instáveis, por meio de um cuidado intensivo e especializado, com suporte técnico e humano ininterruptos.

Assim, o alcance desse objetivo desperta nos profissionais da UTI um sentimento de satisfação muito grande frente à recuperação da saúde dos pacientes, quando esses recebem alta da UTI e/ou do hospital, quando voltam a ver os mesmos ao retornarem à UTI para visitar os

profissionais, bem como, com o agradecimento dos pacientes, o que deixa a equipe feliz e animada.

O movimento é bem imprevisível no ambiente da UTI, no qual ocorrem intercorrências e emergências, como as paradas cardiorrespiratórias. Por esse motivo, prevalece a objetividade no atendimento dos profissionais. Os profissionais estão sempre atentos e próximos, cuidando e monitorando os pacientes. Portanto, na UTI tudo é mais prático e se têm tudo à disposição, principalmente, recursos humanos e materiais, para que não haja perda de tempo por parte da equipe. Por essa razão, a assistência prestada na UTI é baseada no conhecimento racional, fundamentado nos princípios do pensamento cartesiano (PORTO et al., 2009a; PORTO et al., 2009b).

Devido a gravidade em que os pacientes internados na UTI se encontram, os mesmos correm o risco de morrer, motivo pelo qual o limite entre a vida e a morte é uma presença constante nesse ambiente, o que leva os profissionais e familiares, bem como, os pacientes internados na UTI a conviver com a incerteza frente à evolução do quadro clínico dos pacientes. E isso pode gerar frustração, angústia e desgaste emocional em ambos.

Nesse sentido, a UTI é considerada um ambiente estressante, principalmente, devido a imprevisibilidade, às situações de urgência, a presença de condições extremas e limítrofes entre a vida e a morte, bem como a ocorrência de mortes (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

Morin (2005, p.210), ao falar sobre o acaso, busca fazer uma relação entre a ordem e a desordem, e assim descreve: “e, já que a ordem é aquilo que permite a previsão, isto é, o domínio, a desordem é aquilo que traz a angústia da incerteza diante do incontrolável, do imprevisível, do indeterminado”.

Considerando que na UTI prevalece a ordem, ou seja, a objetividade, a precisão, o conhecimento técnico-científico e racional, a desordem nesse ambiente pode ser caracterizada pela imprevisibilidade e pela incerteza frente à evolução do quadro clínico dos pacientes, que pode gerar perturbações e que não está no domínio dos profissionais e nem da tecnologia disponível na UTI, podendo tornar a situação incontrolável, indeterminada e imprevisível.

Assim, a própria vida torna-se uma incerteza e, muitas vezes, não depende do ser humano a continuação ou a interrupção da mesma.

Logo, poderíamos nos perguntar: como encarar esse mistério da vida? Nesse sentido, é muito sábia a afirmação de Morin (1997, p.354), quando refere que “o homem traz consigo o mistério da vida que esconde o mistério do mundo”.

Embora ocorram mais mortes na UTI do que em outros ambientes, a UTI é considerada um ambiente de vida. E isso foi comprovado pelo estudo prospectivo longitudinal realizado com 500(quinhentos) pacientes adultos, admitidos em UTIs gerais de 02(dois) hospitais governamentais e 02(dois) não governamentais do Município de São Paulo/SP, no qual foi constatado que, de cada grupo de 05(cinco) pacientes que foram admitidos na UTI, 04(quatro) saíram com vida. A mortalidade foi de 20,60% e, os pacientes que morreram tinham permanecido mais tempo internados na UTI, e apresentavam escores de gravidade mais altos, tanto na admissão como antes do óbito. A maioria dos pacientes que deram alta da UTI foram transferidos para unidade intermediária, sendo que aproximadamente 9% foram readmitidos na UTI. (SILVA, 2007).

No presente estudo, a UTI também foi considerada um ambiente frio e hostil, ruim para o paciente e que gera medo, preocupação e tristeza nos familiares. Embora a UTI tenha a conotação de ambiente hostil e agressivo, nem sempre a UTI é um ambiente frio e desumano para os pacientes, o que está relacionado com a postura e dedicação dos profissionais e com o momento em que o paciente se encontra (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008). Portanto, a UTI pode ser menos hostil para os pacientes e familiares através de uma assistência humanizada por parte dos profissionais (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

A UTI precisa ser um ambiente agradável e acolhedor para os pacientes, familiares e profissionais e requer um cuidado com o ambiente como um todo, ou seja, com o espaço físico, com os materiais e equipamentos, com as relações e interações entre os diversos atores envolvidos no cuidado, bem como um cuidado específico com os pacientes, além do cuidado com os profissionais e familiares.

## 6.2 CUIDANDO E MONITORANDO O PACIENTE CONTINUAMENTE

A segunda categoria “Cuidando e monitorando o paciente continuamente”, compreende as 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 mesma foi caracterizada como uma das condições causais do presente estudo porque diz respeito às ações envolvidas diante da necessidade de suporte e cuidados intensivos aos pacientes graves.

Em relação às condições de internação dos pacientes, nas UTIs estudadas internam pacientes adolescentes, jovens, adultos e idosos, com diagnósticos variados. Embora a prioridade da UTI seja atender pacientes recuperáveis, há situações em que ocorrem internações de pacientes não recuperáveis, principalmente, de pacientes terminais, sem indicação para UTI, que são internados nesses ambientes para morrer, o que contribui para o aumento da estatística de mortalidade nessas unidades. E isso está relacionado, segundo os entrevistados, à pressão e angústia da família e/ou do médico assistente, à dificuldade de manejo do paciente em outros ambientes do hospital, e também, à dificuldade do próprio médico assistente em convencer os familiares para não internar na UTI um paciente terminal, sem indicação.

Segundo o Ministério da Saúde, a oferta de leitos de UTI precisa ser ampliada a fim de possibilitar o acesso àqueles que não alcançam a terapia intensiva e, sobretudo, considera que é fundamental otimizar o uso dos leitos existentes, com o devido controle e regulamentação, baseado nas reais necessidades, com a finalidade de aumentar a chance de salvar e preservar a vida com qualidade, que é o interesse e objetivo final da terapia intensiva (BRASIL, 2005).

Salienta-se aqui a situação de internação de pacientes com morte encefálica, que internam na UTI para manter os órgãos vitais funcionando enquanto aguardam pela doação de órgãos até o transplante. Essa situação não ocorre para recuperar a saúde desses

pacientes, mas para salvar a vida de outros pacientes que aguardam pela doação de órgãos para manterem-se vivos.

Quanto às condições dos pacientes internados na UTI, os mesmos encontram-se num ambiente estranho, graves, instáveis, em grande sofrimento e ansiedade. Muitas vezes, estão sedados, entubados e, a maioria deles, necessita de aparelhos especiais. São dependentes dos cuidados por parte dos profissionais. Às vezes, sentem-se muito sozinhos e com medo, e sem a presença da família ao lado. Nem sempre têm noção do tempo e do espaço, não têm contato com o ambiente externo e, dependendo da UTI, acabam ficando isolados no próprio meio de UTI.

A permanência do paciente em box individual acaba isolando o paciente e privando-o do contato com o mundo externo. Além disso, esse isolamento é agravado pela presença restrita da família (apenas durante os horários de visita), e pelos “fatores que interferem na comunicação, como a sedação, a entubação orotraqueal e a ausência de rádio ou televisão como fontes de informação” (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008, p.506).

Dessa maneira, não é de se estranhar que os pacientes que já passaram pela experiência de internação na UTI, caracterizaram esse período como difícil, triste e desumano (MOREIRA; CASTRO, 2006; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Os pacientes internados na UTI sofrem tanto fisicamente como emocionalmente. Diversos fatores podem causar abalos emocionais nos pacientes internados na UTI, como a perda do controle sobre o próprio corpo, sobre a sua vida e o seu bem-estar. Embora os profissionais assistam os pacientes bem fisicamente, geralmente, os mesmos direcionam as suas ações sem levar em conta o sofrimento emocional dos pacientes (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Estudo realizado por esses mesmos autores com 11(onze) pacientes após a alta da UTI, que estiveram conscientes e orientados, pelo menos 02(dois) dias na UTI, apresenta a percepção satisfatória e insatisfatória dos mesmos, em relação ao período em que estiveram internados na UTI. Assim, as percepções satisfatórias dizem respeito aos aspectos favoráveis durante a internação, como a atenção e dedicação dos profissionais, o tratamento diferenciado, a possibilidade de vida e cura e a importância da religiosidade. Já as percepções

insatisfatórias estão relacionadas a sensações desagradáveis ou desfavoráveis, tais como: a solidão e a saudade da família, a sensibilidade emocional, o receio de procedimentos e da dor, a vergonha de expor o corpo, a falta de autonomia, a contenção física no leito, a desorientação no tempo, a dificuldade para comunicar-se, o barulho, o fato de presenciar o sofrimento dos outros pacientes, a insegurança e o medo da morte.

Nessa mesma direção Almerud et al. (2007), num estudo realizado com pacientes de UTI com o objetivo de desenvolver uma base de conhecimentos do que significa ser paciente crítico e ser atendido em ambiente de alta tecnologia, mostra que o processo de cuidado em UTI é caracterizado pela ambivalência e contradição, sendo que as experiências dos pacientes perpassam por 04(quatro) componentes inter-relacionados, tais como: o confronto com a morte, a dependência forçada, num ambiente incompreensível e, a ambiguidade de ser um objeto de vigilância clínica, mas invisível a nível pessoal. De acordo com os autores, o estudo desafia o atual modelo de atenção à saúde, no sentido de desenvolver tanto a competência clínica como um cuidado mais abrangente, a partir de uma abordagem holística e integrada, que leve em conta a subjetividade e a objetividade.

Alguns pacientes ficam muito tempo (meses) internados na UTI. Dormem, sonham e deliram e, geralmente, não se lembram de muitas coisas. Muitos não conseguem conversar, mas tentam se comunicar de forma não verbal, mas, muitas vezes, não são compreendidos pelos profissionais e nem pelos familiares. E nem sempre sabem que estão numa UTI. Reclamam do barulho, ficam assustados com o que está acontecendo na UTI diante de um movimento agitado, e ficam amedrontados com alguns termos que ouvem, como por exemplo, o termo “bomba” (bomba de infusão). Os pacientes não desejam estar na UTI e preferem estar lúcidos, orientados e acordados.

Cabe destacar aqui que os pacientes internados na UTI nem sempre se encontram lúcidos e orientados, sendo que, muitas vezes, encontram-se confusos, sedados ou saindo da sedação. Por esse motivo, muitas vezes, não conseguem compreender os termos que ouvem e o seu contexto. Soma-se a isso ainda, o fato dos pacientes, geralmente, serem leigos no assunto referente à linguagem técnica da área da saúde.

A falta de informação por parte do paciente pode originar conflitos e instabilidade psicológica no mesmo, sendo que “o fato de

vivenciar o que ocorre ao seu redor e com os demais pacientes, inclusive, a morte, pode chocar e estressar o paciente e exacerbar sua fragilidade e impotência” (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008, p.505).

No que se refere à assistência de enfermagem/saúde, essa requer um cuidado direto e intensivo, com o monitoramento permanente dos pacientes, por meio de uma assistência humanizada, de qualidade e livre de riscos, e que leve em conta não apenas o cuidado técnico em relação à dimensão física e biológica, mas um cuidado integral, que também requer o cuidado com a dimensão emocional, espiritual e social, tratando os pacientes como seres humanos e vendo sempre o que é melhor para os mesmos.

É fundamental que os profissionais da saúde valorizem a assistência integrada na UTI, tendo uma visão mais ampla do paciente, reconhecendo os aspectos biopsicossocioculturais de cada indivíduo, como parte do processo de humanização nas UTIs, e melhoria da qualidade da assistência à saúde, uma vez em que a equipe de saúde da UTI desempenha um papel muito importante, não apenas em relação ao cuidado com o corpo físico do paciente, mas também em relação ao cuidado emocional e espiritual, bem como com o cuidado social, atuando como intermediária frente ao contato com a família e com o ambiente externo (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Os procedimentos realizados nos pacientes são frequentes, invasivos e, muitas vezes, agressivos, e ocorrem continuamente e, geralmente, envolvem diversos profissionais no preparo e na realização dos mesmos. Há momentos em que os procedimentos precisam ser realizados rapidamente. O próprio paciente também precisa ser preparado para os procedimentos.

No que diz respeito à necessidade de considerar o paciente como um ser vivo e humano, indica que há momentos em que os pacientes são vistos e tratados como um objeto por parte dos profissionais que, às vezes, acabam cuidando dos pacientes de modo rotineiro e mecanizado, preocupando-se mais com o fazer técnico e com o funcionamento dos aparelhos, do que com o próprio paciente e as suas reais necessidades, como por exemplo, a necessidade de conversar e ser ouvido por alguém. Por isso, os profissionais precisam se conscientizar e se dar conta sobre a maneira como se dirigem aos pacientes e se relacionam com os mesmos, atentando para a necessidade de conversar com os mesmos,

situá-los e tratá-los com respeito, e comunicando sempre o que vai ser realizado neles, independente do nível de consciência dos mesmos.

A humanização, muito discutida na atualidade, especialmente em relação às UTIs, diz respeito à valorização das dimensões subjetiva e social no atendimento em saúde, e é um dos aspectos que deve fazer parte da assistência aos pacientes na UTI, em todas as práticas de cuidado (BRASIL, 2010a).

Quanto à interação dos profissionais com os pacientes, a mesma é considerada positiva, sendo que a equipe se envolve mais com alguns pacientes do que com outros, e acaba criando um vínculo com os mesmos. Os profissionais de enfermagem acabam tendo uma interação maior e um vínculo maior com os pacientes, criando laços de confiança, o que é considerado muito bom para ambos.

De acordo com Nydahl (2004), o que pode proporcionar uma interação dos profissionais com os pacientes, especialmente, com aqueles que não se comunicam verbalmente, é quando os profissionais conseguem representar uma estimulação visual aos pacientes, como por exemplo, quando seguram uma foto do paciente para mostrar ao mesmo, ao mesmo tempo em que dão um sorriso ao paciente e pedem para ele olhar, o que pode levar o paciente a reagir através do movimento com os olhos, de maneira que, nesse caso, poderia se perguntar se essa reação diz respeito a um relacionamento que pode começar a ser construído ou se é pelo fato do paciente visualizar a foto.

E por último, a observação dos profissionais por parte dos familiares torna-se algo importante na UTI, pois quando os familiares conseguem ver os profissionais cuidando dos pacientes e dando também atenção para as famílias, bem como, perceber a competência profissional, o equilíbrio e a dedicação dos mesmos, vendo que o paciente está sendo bem cuidado, limpo e confortável, acabam criando confiança e segurança nos profissionais e acreditam que o paciente possa evoluir para melhor.

Estudo realizado com 39(trinta e nove) familiares de pacientes internados na UTI, identificou como necessidades desses familiares: a necessidade de conhecimento/informação, principalmente, saber fatos concretos sobre a evolução dos pacientes; a necessidade de conforto, como ter um toalete e telefone próximo à sala de espera; necessidade de segurança, tendo certeza que o paciente está recebendo o melhor



tratamento e, a necessidade de acesso ao paciente e profissionais da UTI, especialmente, poder conversar com o médico todos os dias (MARUITTI; GALDEANO, 2007). Os autores concluíram que os profissionais da UTI precisam atender também as necessidades dos familiares dos pacientes internados na UTI.

### 6.3 UTILIZANDO TECNOLOGIA ADEQUADA E DIFERENCIADA

A terceira categoria “Utilizando tecnologia adequada e diferenciada” também foi designada como condição causal, por ser uma condição determinante da existência da UTI e que a diferencia dos demais ambientes. A mesma têm como subcategorias: Recursos tecnológicos e Recursos materiais.

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. Assim, as tecnologias leves dizem respeito às relações, ao acolhimento, ao vínculo, à autonomia e à gestão para orientar processos; As tecnologias leve-duras referem-se aos saberes estruturados, como a Clínica e, as tecnologias duras compreendem os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

A utilização da tecnologia dura na UTI é indispensável e precisa ser adequada, de maneira que a UTI apresenta grande diversidade tecnológica e detém a maior parte dos recursos tecnológicos que facilitam o cuidado, garantem segurança e precisão, auxiliam no diagnóstico e na terapêutica, representam economia de tempo para a enfermagem, como por exemplo, na determinação da glicemia, de maneira que a máquina e todo aparato tecnológico da UTI são fundamentais, porque auxiliam na manutenção da vida e beneficiam os pacientes nessas unidades (PORTO et al., 2009a; PORTO et al., 2009b).

Por outro lado, a utilização inadequada de aparelhos ou equipamentos pode colocar em risco a vida dos pacientes, motivo pelo qual é preciso cuidar dos pacientes e também das máquinas, o que exige conhecimento técnico e racional (PORTO et al., 2009b).

A tecnologia dura na UTI também apresenta desvantagens, tais como, gera ruídos e poluição sonora no ambiente, o que não é bom para os pacientes e nem para os profissionais, embora esses últimos não

tenham mencionado isso. Além disso, facilmente leva os profissionais a se aterem à máquina e a atuar de forma mecanizada.

Entretanto, a tecnologia dura também faz parte da humanização porque tornou-se aliada do ser humano, agindo de forma precisa no cuidado e monitoramento dos pacientes, favorecendo o tratamento. E isso também é facilitado pelos alarmes que esses recursos tecnológicos apresentam, os quais são úteis para os profissionais poderem se orientar ao assistirem os pacientes, como também otimizar o tempo.

Portanto, no ambiente de cuidados em UTI predomina a utilização de tecnologias leve-duras e duras, relacionadas ao modelo de assistência biologicista. Entretanto, as tecnologias leves, igualmente são indispensáveis nesse ambiente para promover uma assistência humanizada e de qualidade.

Segundo Marques e Lima (2004), uma assistência de qualidade requer que se coloque toda a tecnologia disponível a serviço, proporcionando uma assistência humanizada, que envolve o acolhimento, o respeito, o interesse e a responsabilização pelas dificuldades e necessidades dos usuários, e que também leve em conta a dignidade dos pacientes, familiares e profissionais.

Em relação aos recursos materiais, na UTI existe a necessidade e a utilização de muitos materiais, que precisam ser acessíveis, suficientes, de qualidade, e rigorosamente controlados.

## 6.4 PROPORCIONANDO UM AMBIENTE ADEQUADO

A quarta categoria “Proporcionando um ambiente adequado” caracteriza-se como contexto, e refere-se ao ambiente propriamente dito da UTI, que deve ser bem apresentável como um todo, organizado, limpo e agradável, a fim de proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes, profissionais e familiares, e ser adequado, sobretudo, para a assistência. Essa categoria possui as seguintes subcategorias: Levantando os elementos que compõe o espaço físico da UTI, Comparando duas UTIs a partir da construção de uma UTI nova e, Precisando de um ambiente para os familiares.

Em relação aos elementos que compõe o espaço físico da UTI, os profissionais da UTI têm se empenhado com as melhorias no ambiente, especialmente, com o local onde ficam os pacientes, proporcionando a presença de janelas em cada box, a presença da luz natural, para situar os pacientes no tempo e espaço e poderem perceber se é dia ou noite, e uma preocupação com o tamanho dos boxes dos pacientes, com a privacidade e com a visibilidade dos mesmos por parte dos profissionais, a partir do posto de enfermagem. Todas essas adequações vêm ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde e a ANVISA (BRASIL, 2002a; 2005; 2006; 2009; 2010a), no sentido de promover a humanização e a ambiência acolhedora no ambiente de UTI.

Entretanto, na UTI 1, construída nova há 02(dois) anos, foram mencionadas algumas inconveniências em relação ao espaço em que os pacientes se encontram, tais como: a presença de janelas muito altas nos boxes onde ficam os pacientes, o que impede aos mesmos a visão externa, o fato de nem todos os pacientes ficarem visíveis para os profissionais a partir do posto de enfermagem, o que acaba isolando alguns pacientes na UTI e, a falta de privacidade dos pacientes, não apenas em relação ao box onde se encontram, mas também em relação ao ambiente da UTI que acaba expondo alguns pacientes logo na entrada, ao se abrir a porta por onde entram e saem as pessoas.

Quanto à UTI 3, reformada há 04(quatro) anos, na qual os profissionais conseguem visualizar todos os pacientes ao mesmo tempo, alguns profissionais consideram bom o espaço físico que facilita a assistência aos pacientes, enquanto outros relataram que o mesmo é inadequado, pequeno, com os leitos muito próximos e com pouca individualidade para os pacientes, sendo que alguns familiares referiram que o paciente internado na UTI não deveria ver os outros pacientes, também internados na UTI.

As cores foram citadas como algo que pode tornar o ambiente da UTI mais vivo e agradável, tendo sido destacadas o amarelo-claro, o azul-claro e o verde-claro.

Estudo realizado em 03(três) UTIs de hospitais públicos de Goiânia, com o objetivo de analisar as percepções de profissionais e pacientes sobre as cores utilizadas no ambiente de UTI, constatou que as cores consideradas mais agradáveis eram, principalmente, o azul-claro e o verde-claro, mas também o amarelo-claro, palha, cinza rosa e goiaba, e que os profissionais e pacientes têm preferência por cores

variadas, às quais podem contribuir para melhorar o clima na UTI, bem como, influenciar no bem-estar de pacientes e profissionais (BOCCANERA; BOCCANERA; BARBOSA, 2006).

Segundo Nydahl (2004), os efeitos objetivos das cores ocorrem a partir de percepções subjetivas e diferenciadas das mesmas e, mesmo que as pessoas não gostem das mesmas cores, ainda assim, as cores causam um efeito geral sobre as pessoas. Nesse sentido, para promover a motivação e a ambiência acolhedora no ambiente de cuidados em UTI, tanto para os pacientes, como para os profissionais, várias sugestões interessantes relacionadas às cores foram apontadas pelo autor, tais como: ter motivos coloridos como o sol, nuvens ou figuras geométricas desenhadas no teto da UTI; pintar motivos coloridos na parede externa, que fica defronte à(s) janela(s) da UTI; dar uma tonalidade colorida em partes marcantes como janelas, paredes e cantos da UTI; utilizar toalhas com a cor favorita dos pacientes e que eles desejariam usar e, dispor de lâmpadas coloridas no ambiente da UTI.

A iluminação na UTI diz respeito à luz artificial e à iluminação natural que é proporcionada pela presença de janelas que permitem a entrada da claridade e até do sol. A presença da iluminação natural e luz solar foi considerada benéfica para os pacientes e profissionais, proporcionando um ambiente mais natural, mais claro, mais animador e tornando o trabalho mais agradável. Embora os profissionais valorizem e reconheçam isso, na prática nem sempre dão a devida importância para esses aspectos do cuidado, mantendo, muitas vezes, as cortinas fechadas durante o dia.

A ventilação é artificial na UTI, sendo utilizado o ar condicionado que permanece sempre ligado, motivo pelo qual não são abertas as janelas na UTI, o que têm gerado controvérsias entre os profissionais, pois os profissionais de enfermagem valorizam a ventilação natural, enquanto há profissionais de medicina que alegam que a abertura das janelas na UTI permite a entrada de insetos que poderão causar infecção nos pacientes, bem como, favorecer a saída do ar frio da UTI.

Estudo realizado em 10(dez) UTIS de hospitais públicos e privados de Teresina/PI em 2003, com o objetivo de identificar a microbiota fúngica em condicionadores de ar e, tendo coletado material sólido, buscou isolar 33(trinta e três) espécies pertencentes às *Moniliaceae* e *Dematiaceae*. Como resultado foram registrados uma

frequência elevada dos seguintes fungos: *Aspergillus niger* Van Tieghem (60%); *Aspergillus fumigatus* Fres (50%); *Trichoderma koningii* Oudem (50%), *Aspergillus flavus* Link: Fr (40%), os quais são patogênicos e podem agravar a saúde dos pacientes internados nas UTIs. Além disso, a validade da limpeza dos condicionadores de ar estava ultrapassada em todas as UTIs estudadas (MOBIN; SALMITO, 2006). Os autores referem que os profissionais precisam ser sensibilizados para a existência de infecções fúngicas na UTI, sendo necessário melhorar a ventilação do ar, proporcionar um ambiente arejado e limpar periodicamente os condicionadores de ar.

Na UTI, normalmente, há muito barulho, ocasionado pelos ruídos e alarmes dos equipamentos tecnológicos e conversas altas dos profissionais, que influenciam no bem-estar dos pacientes, geram estresse e dificultam o tratamento dos mesmos. No entanto, os profissionais reconhecem que há muito barulho na UTI e que os pacientes reclamam do mesmo, que o ambiente da UTI requer o controle dos ruídos e sons, das conversas altas, o bater de portas e outros, e que o ambiente precisa ser tranquilizador para os pacientes.

Estudo foi realizado para mensurar o nível de ruídos na UTI por meio Bruel & Kjaer, utilizando o modelo 2144 *Frequency Analyzer*, ao lado do leito de cada paciente. Os níveis de ruído variaram entre 49 e 89 dB(A), sendo a média 65 dB(A), e os níveis de ruído de pico chegaram também a 89 dB(A). Os pacientes localizados nos leitos mais próximos do posto de enfermagem foram mais afetados pelos ruídos do que os outros pacientes (AKANSEL; KAYMAKÇI, 2008). Segundo os autores, as perturbações relacionadas aos ruídos na UTI e que afetam os pacientes nela internados, como os alarmes dos monitores, as conversas dos profissionais e os ruídos relacionados à internação de pacientes, é um problema negligenciado nas UTIs, sendo que os enfermeiros encontram-se numa posição chave frente à identificação e controle dos estressores físicos, psicológicos e sociais no ambiente de UTI.

Outro estudo realizado em 03(três) UTIs de um hospital em Jundiaí/SP, realizou a mensuração dos níveis de pressão sonora, nos períodos da manhã, tarde e noite, em horários de pico de atividade, utilizando decibelímetro Minipa modelo MSL 1532C (USA), de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 10151) e constatou valores entre 58.9 dB(A) e 64.1 dB(A), considerados elevados, ou seja, acima dos valores recomendados para diferentes

ambientes hospitalares (entre 35 e 45 dB(A), o que segundo os autores influencia na morbidade dos pacientes internados (MACEDO et al., 2009). Entretanto, o estudo mostrou que não há risco ocupacional para os profissionais da saúde nos ambientes pesquisados.

Por sua vez, um estudo realizado com 25(vinte e cinco) profissionais de enfermagem do CTI de um hospital universitário de Niterói/RJ em 2004, constatou que o ruído tecnológico provoca incômodo e estresse aos trabalhadores (OLIVEIRA; LISBOA, 2009), o que não foi observado no presente estudo.

A UTI é considerada um ambiente limpo pelos profissionais, pacientes e familiares e, a limpeza é considerada fundamental para promover o cuidado no ambiente.

O ambiente da UTI, além da necessidade de ser adequado para assistir os pacientes, deve também ser favorável para os profissionais que atuam nesse ambiente. Segundo Pross-Löhner (2011), para os profissionais, a UTI representa um ambiente onde eles vivem e também um ambiente de trabalho, motivo pelo qual é necessário ter um local para os mesmos poderem fazer pequenos intervalos e poder relaxar.

O ambiente físico da UTI é fundamental e deve ser bem planejado e avaliado para que os profissionais possam fornecer uma assistência adequada aos pacientes, tendo uma visão ampla dos leitos, e que considere o conforto dos pacientes e a eficiência do trabalho da equipe (SILVA et al., 2009).

O ambiente disponível para os familiares nas UTIs é a sala de espera. Entretanto, os profissionais da UTI atentaram para a necessidade de se ter um local adequado para se conversar com os familiares, principalmente, sobre as más notícias.

Estudo qualitativo realizado em 2004, com 06(seis) familiares de pacientes internados na UTI, recrutados a partir de salas de espera de 03(três) diferentes UTIs Adulto, apontou como resultado aspectos estruturais e subjetivos da espera dos familiares na sala de espera, tais como: a importância de uma curta distância física ao membro da família internado na UTI, a necessidade de um ambiente confortável, o apoio emocional encontrado na sala de espera, por compartilhar com os outros familiares a própria situação e, a importância de receber informações sobre seus parentes (KUTASH; NORTHROP, 2007). O estudo sugere que as futuras pesquisas voltem-se ao impacto do design de interiores de

salas de espera, em relação ao conforto e bem-estar dos familiares e à identificação das necessidades dos mesmos.

Os próprios familiares dos pacientes internados na UTI mostraram-se solidários, interagem entre si, importam-se uns com os outros, e se apoiam mutuamente, antes, durante e após os horários de visita, enquanto aguardam na sala de espera. E, como disse um dos familiares entrevistados: “vira tudo uma família só”.

No presente estudo também foi constatado que os familiares querem ficar bem próximos à UTI onde ficam os pacientes, durante os horários de visita, o que está relacionado à necessidade desesperada dos mesmos para ver o paciente, e também, ao fato de não quererem perder tempo durante os horários de visita, enquanto se revezam para ver o paciente, uma vez em que a duração dos horários de visita aos pacientes é bem reduzida, possibilitando apenas a visita de 03(três) familiares em cada horário. Isso mostra que, além da necessidade de se ter uma sala de espera próxima ao local onde se encontram os pacientes, é fundamental rever a duração dos horários de visita e flexibilizar os mesmos.

Para os profissionais, um ambiente físico de UTI que seja tranquilo e organizado, favorece o cuidado e torna o ambiente melhor. Já para os familiares, um ambiente de UTI bem apresentável, organizado, limpo e harmonioso, os deixa mais seguros e tranquilos em relação ao cuidado com o próprio paciente e à confiança nos profissionais.

A UTI possui características clínicas e tecnológicas, mas também pode mostrar traços humanos através da otimização do ambiente, por meio de um Design estimulante (PROSS-LÖHNER, 2011). A autora refere que o ambiente de UTI pode e deve ser estimulador para os pacientes, familiares e profissionais, e isso poderá ser proporcionado de diversas maneiras, como através das cores, luzes, quadros nas paredes, desenhos no teto, entre outros.

De acordo com o presente estudo, os ambientes de UTI precisam ser amplos e melhor estruturados, o que sugere que os mesmos precisam ser melhor estudados em termos de estrutura física, consultando as opiniões dos profissionais que atuam na UTI, e também a opinião dos pacientes e seus familiares.

## 6.5 TENDO FAMILIARES COM PREOCUPAÇÃO

A quinta categoria “Tendo familiares com preocupação” também faz parte do contexto da UTI porque os familiares são responsáveis pelos pacientes e fazem parte das suas histórias. Por esse motivo, apresentam-se preocupados, ansiosos, com grande expectativa em relação ao paciente, e vivenciam essa experiência de diferentes maneiras, o que vêm ao encontro do que Boff (2004b, p.91) afirma sobre o cuidado, quando refere que “a atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade”.

Devido a internação do paciente na UTI ocorrer, geralmente, num momento inesperado para a família, sendo que, muitas vezes, os familiares não conhecem e nunca viram uma UTI, quando vão visitar o paciente pela primeira vez, ficam chocados e agoniados com o ambiente da UTI, assim como nos primeiros dias que se sucedem à internação, pela situação em que o paciente se encontra, devido ao número e à gravidade dos demais pacientes, por terem que ficar separados do paciente, por verem o paciente apenas por alguns minutos no decorrer do dia, sem poder fazer nada, o que os faz sentirem-se impotentes, uma vez em que sabem que é nesses momentos que o paciente mais precisa da família.

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 (NAGL-CUPAL; SCHNEPP, 2010). De acordo com os autores, os familiares colocam sempre em primeiro plano o paciente internado na UTI e querem sempre estar perto do mesmo, com ou sem a integração nos cuidados, bem como, buscam informações honestas, apoio social e tentam sempre manter a esperança na melhora do paciente.

Diante da internação do paciente na UTI, os familiares também sofrem e referiram que “é muito difícil e triste ter um parente na UTI”, e encontram-se fragilizados, assustados, angustiados e com medo em relação ao estado de saúde do paciente, e temem receber a qualquer momento a notícia da morte do paciente, o que indica que os mesmos precisam de apoio emocional e esclarecimento de dúvidas, porque nem sempre sabem o que está acontecendo com o paciente. Por esse motivo,



chegam apreensivos na UTI nos horários de visita, e querem saber como o paciente está e se ele melhorou, porque qualquer melhora no paciente é significativa para a família.

Estudo realizado em 2007, com 24(vinte e quatro) familiares de 24(vinte e quatro) pacientes internados na UTI Adulto, por mais de 48(quarenta e oito) horas, em um hospital público na cidade de Aracaju, no Estado de Sergipe, mostra que os familiares apresentam vários sentimentos, negativos e positivos e, inclusive, contraditórios, durante a internação do paciente na UTI, tais como: ansiedade, preocupação, angústia, tristeza, impotência, dor, mágoa, perda, medo, pânico e insegurança, e também confiança e segurança, fé e esperança, sendo que a ansiedade foi o sentimento mais frequente, decorrente, principalmente, “do ambiente estranho, procedimentos diversificados, incerteza do amanhã ou expectativa da melhora do familiar” (ALMEIDA et al., 2009, p.844).

As famílias dos pacientes internados na UTI precisam ser consideradas, acolhidas, apoiadas, melhor informadas, ouvidas e permitindo que manifestem seus sentimentos, porque encontram-se fragilizadas e sofrendo muito. Isso também já foi constatado por outros estudos, realizados em diversos estados brasileiros (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007; ALMEIDA et al., 2009; MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

Os sentimentos de angústia e tristeza dos familiares ocorrem porque os mesmos sabem que o paciente está sofrendo, por não poderem ajudá-lo diretamente para aliviar a sua dor e pelo medo da morte do paciente (ALMEIDA et al., 2009).

Com o tempo e o apoio de familiares e amigos, e tendo já realizado várias visitas ao paciente na UTI, e vendo a dedicação e a atenção dos profissionais com o paciente, os familiares começam a adquirir confiança, procuram se conformar com a situação e perdem um pouco o medo.

Com a internação de um parente na UTI, muitos familiares acabam modificando a imagem que tinham de UTI antes, ficam surpresos com o ambiente e o bom atendimento dos profissionais, e por ser bem diferente dos outros ambientes hospitalares que conhecem, o que vêm ao encontro dos resultados encontrados no estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo/SP, realizado com

22(vinte e duas) famílias, após a alta do paciente da UTI (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

Os familiares também convivem com a incerteza em relação à evolução do paciente, principalmente, quando o mesmo não melhora e nem piora, ou seja, encontra-se estabilizado.

É importante que os familiares sejam acolhidos e tratados com atenção, para que possam enfrentar a internação do paciente na UTI de uma forma saudável (ALMEIDA et al., 2009). Entretanto, segundo os autores, a assistência aos familiares na UTI pode ser considerada precária ou inexistente.

Entretanto, a família faz parte do processo de internação e cuidado ao paciente na UTI, e precisa também da atenção, apoio e cuidado por parte dos profissionais que, embora tenham consciência disso, deixam a família à margem dos acontecimentos (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Portanto, a assistência integral ao paciente na UTI requer que se reconheça e se cuide também da família que é o seu contexto mais próximo, sendo que a equipe de saúde precisa compreender os sentimentos dos familiares perante a internação do paciente na UTI, para direcionar suas ações e ajudá-los (ALMEIDA et al., 2009).

## 6.6 MEDIANDO FACILIDADES E DIFICULDADES

A sexta categoria “Mediando facilidades e dificuldades” refere-se às condições intervenientes no ambiente da UTI, que precisam ser mediadas e relevadas para o bom funcionamento da unidade, e compreende as 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.

Quanto à competência profissional, no presente estudo a mesma diz respeito ao bom desempenho dos profissionais, o que envolve conhecimento, iniciativa, dedicação, autonomia, responsabilidade, raciocínio rápido, agir com prontidão e atender o paciente de maneira objetiva, mas também subjetiva e com qualidade.

De acordo com Santiago (2006), as habilidades profissionais necessárias para atuar na área da saúde não se referem apenas ao domínio do conhecimento ou de habilidades motoras, mas inclui também a habilidade afetiva.

Além dessas habilidades já citadas, atualmente, devido ao aumento das doenças crônico-degenerativas, também é fundamental que os profissionais da saúde, especialmente, os que trabalham em UTI e que vivenciam o sofrimento humano e o processo de morte em seu cotidiano, adquiram habilidade, conhecimento e experiência para o atendimento de pacientes sem possibilidades terapêuticas (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Em relação às condições de trabalho, o trabalho na UTI acontece de forma multiprofissional. Entretanto, os profissionais reconhecem que o ideal seria o trabalho interdisciplinar na UTI. A natureza do trabalho é de extrema atuação, motivo pelo qual os profissionais são bastante exigidos. Os profissionais de enfermagem, muitas vezes, encontram-se sobrecarregados pelos inúmeros procedimentos prescritos e necessários, sendo mais pesado e trabalhoso fisicamente para os mesmos o trabalho na UTI, além do desgaste psicológico. Por outro lado, a remuneração dos profissionais nem sempre é boa, e os mesmos nem sempre são valorizados em seu trabalho.

Para que os profissionais da saúde possam exercer a sua profissão dignamente e com respeito à condição humana do outro, também precisam ser respeitados como seres humanos, trabalhar em condições adequadas, ser reconhecidos em suas atividades e iniciativas, bem como receber um salário justo (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006b).

É muito comum os profissionais da saúde trabalharem em vários locais, inclusive, os profissionais da UTI, conforme foi constatado através do presente estudo. Isso apresenta uma relação direta com a remuneração dos mesmos, que acabam tendo duplo e/ou triplo vínculo profissional para compensar a renda mensal, o que pode influenciar o desempenho dos mesmos, como também, levar à falta de um comprometimento maior com a instituição.

O trabalho na UTI é muito específico e apresenta alta tecnologia, por esse motivo também é muito focado no sentido técnico, o que leva os profissionais a atuar, muitas vezes, de forma mecanizada.

Morin refere que todos os seres vivos, inclusive, os seres humanos, com frequência agem ou reagem como se fossem máquinas deterministas triviais e, “quanto mais evoluído é um ser vivo, mais capaz de conceber escolhas e de elaborar uma estratégia, mais, então, deixa de ser uma máquina determinista trivial” (MORIN, 2005, p.326).

Em relação à saúde do trabalhador, o ambiente da UTI possibilita o desgaste físico e psicológico e pode influenciar na saúde dos profissionais, provocar estresse e levar os mesmos ao adoecimento. Além disso, também há o risco de acidentes com materiais perfuro-cortantes e com o material biológico dos pacientes. No entanto, também são adotadas várias medidas para proteger a saúde dos trabalhadores, como evitar que os profissionais sofram acidentes de trabalho, a divisão da sobrecarga de trabalho e o uso de equipamentos de proteção individual. Entretanto, foi apontado que há falta de equipamento de proteção para os profissionais da UTI quando são realizados exames de Raio X no ambiente da UTI, e que, nesses casos, os profissionais procuram se proteger atrás do técnico em Raio X.

Estudo realizado num hospital público de referência no Estado do Ceará em 2006, com 19(dezenove) profissionais de enfermagem da UTI, evidenciou que os profissionais de enfermagem que trabalham na UTI estão constantemente expostos a riscos ocupacionais, tais como: excesso de ruído na unidade, temperatura inadequada no ambiente, a não observância do controle de gases e vapores, a exposição diária a agentes biológicos, fatores psicossociais e de natureza ergonômica e, a falta de pausas sistemáticas para descanso, os quais contribuem para a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008).

Os autores também constataram em seu estudo, a ausência de qualquer tipo de proteção para os profissionais de enfermagem contra as radiações, quando da realização dos exames de Raio X dentro da UTI, e que, nesses casos, só o técnico em Raio X têm um protetor, bem como, verificaram também a ausência de monitorização regular da radiação a que estão expostos os profissionais.

No que diz respeito à formação profissional, os entrevistados demonstraram grande inquietação em relação à formação dos profissionais da saúde, apontando que há uma falha na formação ao se supervalorizar o aspecto técnico em detrimento dos outros aspectos, igualmente importantes, especialmente, na formação dos médicos.

Nesse sentido, os mesmos referiram que é necessário rever a formação profissional, adotar novos referenciais e metodologias ativas, que busquem superar o paradigma tradicional, que é pontual e frio, sendo necessário quebrar rotinas e levar em conta o olhar sistêmico, e um cuidado que considere as relações e interações entre os sujeitos envolvidos no cuidado.

O preparo e a formação dos profissionais da UTI, tanto a nível de graduação como em educação continuada, “estão em geral voltados para formar profissionais técnicos, criando uma lacuna na formação humanística, da qual o profissional sente falta ao se deparar com dilemas que requerem tomadas de decisão no seu dia-a-dia” (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007, p.41).

Quanto à presença de estresse, a UTI, às vezes, torna-se um ambiente estressante para os pacientes e profissionais, sendo que para os pacientes é mais estressante quando esses encontram-se mais lúcidos, vendo pacientes mais graves do que eles próprios, a presença de alarmes, o esgotamento da terapêutica clínica médica, o ambiente estranho e a ausência da família.

Outros estudos também já têm mostrado que na UTI há diversas fontes de estresse para os pacientes, tais como, a falta do controle sobre si mesmo, ter tubos no nariz e/ou na boca, o barulho constante dos aparelhos, as conversas dos profissionais, o fato de presenciarem situações e intercorrências com outros pacientes e com o que ocorre ao redor dos mesmos, como a morte e, a restrição da presença da família e amigos (BITENCOURT et al., 2007; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Nessa mesma direção, um estudo transversal realizado em 02(dois) hospitais governamentais da Jordânia, com 165 pacientes, 02(dois) a 03(três) dias após a alta da UTI, também encontrou resultados semelhantes em relação à fontes de estresse para os pacientes internados na UTI, além dos seguintes estressores físicos: estar com dor; não conseguir dormir e ouvir as campainhas e alarmes das máquinas; e, ter sede. Já os estressores psicológicos foram menos estressantes para os pacientes (HWEIDI, 2007). O autor concluiu que torna-se necessário fornecer aos pacientes internados na UTI, os melhores cuidados físicos possíveis, bem como, atentar para a devida atenção aos aspectos psicológicos dos pacientes e de seus familiares. E ainda, refere que os enfermeiros devem utilizar intervenções para aliviar a dor dos pacientes,

fazer uso de técnicas de comunicação mais eficazes, como também, proporcionar um ambiente de UTI no qual é possível descansar, diminuindo os ruídos e a luz e, com um menor número de interrupções.

Além dessas fontes de estresse para os pacientes internados na UTI, já mencionados nos estudos citados acima, um estudo transversal realizado com 70(setenta) pacientes de 02(dois) hospitais terciários na Malásia, entre dezembro de 2006 a janeiro de 2007, identificou os 05(cinco) principais estressores da UTI, a partir da percepção dos pacientes: a dor, como já citado acima, estar preso com agulhas, o tédio, a falta de seus cônjuges e, estar demasiado quente ou frio no ambiente da UTI (LAM SOH et al., 2008).

Para os profissionais torna-se estressante na UTI, principalmente, a imprevisibilidade da UTI, a presença de pacientes muito graves, a ocorrência de paradas cardiorrespiratórias, a presença de pacientes com bactérias multirresistentes, as condições extremas como o limite entre a vida e a morte dos pacientes, e a dificuldade para lidar com a morte.

A complexidade das ações desenvolvidas na UTI e o sofrimento psíquico ocasionado pelo contato constante com a dor e a morte, são consideradas fontes de estresse para os profissionais de enfermagem (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008).

Estudo realizado em uma UTI de um hospital universitário buscou analisar a ocorrência de estresse em 12(doze) enfermeiros que atuavam na assistência a pacientes críticos, e constatou que mais da metade deles apresentava sinais de sofrimento físico e/ou psicológico, que foram consideradas características da resistência ao estresse (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Os conflitos fazem parte do cotidiano das UTIs e, a proximidade entre os profissionais favorece tanto o surgimento de conflitos, quanto a resolução dos mesmos que, geralmente, ocorre imediatamente, sem deixá-los pendentes.

Estudo realizado no Canadá com 42(quarenta e dois) participantes, incluindo administradores hospitalares e médicos intensivistas, constatou que conflitos podem surgir entre a UTI e equipes de referência, entre os membros da equipe da UTI e, entre a equipe da UTI e familiares dos pacientes, sendo que esses últimos podem surgir como decorrência dos dois primeiros tipos de conflitos (DANJOUX METH; LAWLESS; HAWRYLUCK, 2009). De acordo

com os autores, o desacordo sobre os objetivos do tratamento foi a fonte de conflito mais comum na UTI.

## 6.7 ORGANIZANDO O AMBIENTE E GERENCIANDO A DINÂMICA DA UNIDADE

A sétima categoria “Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade”, foi definida como estratégia porque refere-se às ações envolvidas na recuperação da saúde dos pacientes, por meio de um cuidado qualificado e humanizado. Essa categoria compreende as 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.

Em relação à organização do ambiente e otimização do cuidado, a UTI precisa ser bem organizada como um todo para viabilizar a assistência necessária e adequada aos pacientes, evitando perda de tempo da equipe, e realizando o cuidado de forma ágil e qualificada, levando em conta as normas da ANVISA e as normas de funcionamento da unidade, o que vêm ao encontro da expressão de um dos entrevistados: “A UTI é bem regrada”.

A organização do ambiente e a otimização do cuidado são facilitadas por meio das rotinas que são estabelecidas no ambiente de UTI e, no caso da enfermagem, pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE é uma metodologia importante que proporciona à enfermagem aplicar os conhecimentos técnico-científicos que dão embasamento à profissão, e que deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem, não apenas para cumprir a legislação, mas para beneficiar o paciente, mediante um cuidado mais eficiente (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006; MARQUES et al., 2008).

Entretanto, o bom funcionamento da UTI requer, além da organização da unidade, uma equipe organizada, que planeja as suas ações adequadamente e, geralmente, é a equipe de enfermagem quem

cuida da maior parte das ações que envolvem a organização do ambiente da UTI.

De acordo com Silva et al. (2009), normalmente, quem organiza o ambiente da UTI é a equipe de enfermagem, que também têm um cuidado especial com cada paciente e lhes proporciona conforto, higiene e bem-estar. Os autores também referem que a enfermagem representa o elo entre todos os fatos que ocorrem na UTI e têm gerenciado todas as ações que dizem respeito à avaliação, controle, acompanhamento e intervenção para que tudo funcione de forma sincronizada e no momento certo.

O preparo e o cuidado do ambiente ocorrem permanentemente, principalmente, por parte da equipe de enfermagem e pelo serviço de limpeza, e diz respeito à limpeza e desinfecção da unidade, ao cuidado, limpeza e desinfecção dos materiais e equipamentos, ao preparo para receber novos pacientes para internação, bem como, o preparo e o cuidado com o corpo após a morte. Além disso, também requer a lavagem das mãos para evitar infecção cruzada, o controle de infecção, entre outros.

No que se refere às melhorias a serem implementadas no ambiente da UTI, foram apontados pelos entrevistados: a necessidade de ter reuniões, envolvendo toda a equipe da UTI, apresentar postura profissional apropriada, realizar a separação correta dos resíduos hospitalares, ter manutenção preventiva na UTI e, questões relacionadas à humanização, tais como, a busca de um diálogo construtivo, em condições mais simétricas, tentando diminuir as barreiras hierárquicas, aprender a ser positivo, ter tolerância e empatia pelo outro e, flexibilizar a presença dos familiares junto ao paciente.

Estudo realizado com 18(dezoito) profissionais de enfermagem, entre eles, enfermeiros e técnicos de enfermagem, numa UTI de uma instituição privada no município de Porto Alegre/RS, mostra que a empatia, o respeito e a valorização são elementos fundamentais no processo de humanização, e que os profissionais de enfermagem acreditam que fazem a diferença no processo de humanizar, com o intuito de melhorar as práticas de cuidado, apoiadas na ética, no diálogo e na autonomia dos sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes, familiares ou profissionais (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).



A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos diz respeito à periodicidade e aos procedimentos indicados pelos fabricantes, a fim de garantir o bom funcionamento dos mesmos (SILVA et al., 2009). Segundo os autores, essa responsabilidade, em alguns hospitais, é atribuição do enfermeiro coordenador da UTI.

Quanto às atribuições profissionais, cada profissional realiza o seu trabalho, de acordo com a sua formação e/ou função que exerce. O enfermeiro foi mencionado como o profissional que possui uma visão mais global e sistêmica na saúde, sendo considerado o líder no ambiente da UTI e articulador da equipe de enfermagem e equipe multiprofissional. Entretanto, para alguns enfermeiros parece que ainda falta clareza sobre o papel do enfermeiro em relação aos cuidados com o ambiente da UTI, bem como, falta o enfermeiro realizar reflexões com a equipe e buscar produzir conhecimento, ou seja, os enfermeiros precisam ocupar o seu espaço, exercer efetivamente a liderança e aproveitar as oportunidades para fazer a diferença.

Para que o enfermeiro seja líder e não apenas chefe, e consiga trabalhar com satisfação junto com os demais profissionais da enfermagem e saúde, ele deve ser exemplo para aqueles que ele lidera e servir como inspiração para aqueles que estão dispostos a segui-lo. E isso é possibilitado através de atitudes éticas e observância da Lei do Exercício profissional, do contato com o outro, seja na arte de cuidar, no gerenciamento de equipes, ao proporcionar o cuidado ao cuidador, ao resolver conflitos, ao praticar a equidade na tomada de decisões, ao buscar a participação de seus pares na elaboração de planos e projetos, ao orientar novas condutas, entre outros (BALSANELLI; CUNHA, 2006).

Segundo os mesmos autores, a comunicação é um elemento fundamental no processo de liderar do enfermeiro e, o modo como se dá a transmissão de mensagens terá efeitos nos resultados desejados.

Uma das funções mais importantes e atuais dos enfermeiros, é a liderança. A partir do modelo de liderança voltado ao cuidado, avanços significativos no ambiente de cuidado poderão ser obtidos, seja nas relações interprofissionais, como também nas relações entre profissionais e pacientes e familiares (SOUSA; BARROSO, 2009). Os autores referem que

Pelos princípios de sua formação, a enfermeira tende a desenvolver, quase que de forma inevitável, habilidades de liderança, principalmente, em virtude das tarefas que lhe são exigidas. É necessário que a enfermeira desempenhe, seja em instituições hospitalares ou em atividades de saúde comunitária, o papel de líder, uma vez que está diretamente envolvida com análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisões, planejamento e implementação de cuidados, alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e motivação dos profissionais da equipe de saúde [...]. A enfermeira possui subsídios para desenvolver uma liderança de sucesso, visto que possui os princípios da essência da liderança enraizados em sua filosofia profissional. Entretanto, é preciso que estes princípios sejam resgatados, à luz de um novo paradigma, não mais baseado na liderança pelo poder (SOUSA; BARROSO, 2009, p.182 e 186).

Considerando que o enfermeiro é o profissional mais indicado para lidar com as famílias, uma assistência humanizada na UTI requer um enfermeiro mais atuante, principalmente, no que se refere ao cuidado, atenção, companhia, orientações e informações aos familiares (BECCARIA et al., 2008).

Em relação à equipe de enfermagem, a mesma têm uma atuação maior no ambiente da UTI, quando comparada com os demais profissionais, e demonstra uma preocupação maior com o cuidado e com o ambiente, possui maior proximidade e mais contato com os pacientes, cuida da sua higiene, conforto, privacidade e demais cuidados que competem aos profissionais de enfermagem e têm uma visão mais global do paciente como pessoa e como família e, por esse motivo, acaba tendo também uma noção maior do sofrimento dos pacientes e, muitas vezes, acaba apelando pelos mesmos. Além disso, a enfermagem organiza o ambiente, determina a política de curativos, orienta e aprova os materiais de assistência, realiza a previsão e reposição dos materiais e limpeza dos equipamentos, realiza o transporte dos pacientes, trabalha em equipe com os demais profissionais, entre outros.

A equipe de enfermagem está mais próxima e permanece mais tempo junto com os pacientes, e isso os familiares também reconhecem (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

Quanto ao trabalho em equipe, os profissionais da UTI atuam de forma interligada e utilizam como estratégia o trabalho conjunto, especialmente, nas situações de emergência e ao realizarem procedimentos que exigem o envolvimento de vários profissionais e/ou esforço físico. Normalmente, a equipe da UTI é aberta, unida, colaborativa e possui um bom relacionamento entre si, o que é fundamental.

O estudo realizado com 16(dezesseis) profissionais de enfermagem, entre eles 06(seis) enfermeiras, 07(sete) técnicos de enfermagem e 03(três) auxiliares de enfermagem, no CTI de adultos em um hospital privado de grande porte em Belo Horizonte/MG, constatou que na UTI a equipe de saúde encontra seus alicerces nas relações de ajuda que são estabelecidas de forma saudável, independentemente da simpatia ou da presença de pequenos atritos entre os profissionais, com senso de cobertura, comprometimento com o cuidado ao paciente e respeito à individualidade de cada membro da equipe, tendo em vista que o objetivo final é a recuperação da saúde dos pacientes (ALVES; MELLO, 2006). Segundo os autores, tanto a coordenação de enfermagem quanto os enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem têm ciência da importância do espírito de equipe como filosofia de trabalho em terapia intensiva.

Assim, percebe-se que os eventuais atritos ou conflitos entre a equipe são percebidos pelos profissionais como de menor importância diante da gravidade em que se encontram os pacientes na UTI, e que necessitam de cuidados intensivos por parte dos profissionais, muitas vezes, prestados com a ajuda da equipe.

O vínculo com o ambiente da UTI e as interações entre os profissionais aumentam com o tempo e com o conhecimento mútuo. Entretanto, uma boa interação entre os profissionais depende de cada profissional e do ambiente. A proximidade dos trabalhadores no ambiente da UTI, tanto pode favorecer o bom relacionamento interpessoal, quanto a presença de conflitos entre os profissionais. Quando os profissionais se conhecem e se relacionam bem entre si, trabalham melhor e tudo se torna mais fácil. Normalmente, há uma boa

interação entre os profissionais nas UTIs estudadas, salvo algumas exceções.

De acordo com Oliveria et al. (2006), é importante instigar processos interativos entre os próprios membros da equipe, a fim de que os mesmos possam estabelecer vínculos de confiança e empatia com os usuários e familiares.

Na UTI é preciso manter sempre o fluxo de trabalho e não dá para trabalhar com um número muito reduzido de profissionais. Entretanto, parece que sempre há falta de profissionais e, muitas vezes, se trabalha com um mínimo de pessoal necessário. E, para manter o quadro mínimo de profissionais, muitas vezes, os profissionais da UTI acabam trabalhando além da carga horária que normalmente costumam fazer, o que pode ser prejudicial para o próprio profissional, para o paciente e para a equipe.

A transmissão de informações sobre o paciente para a família ocorre diariamente, geralmente, na hora do boletim médico, com a finalidade de manter a família a par da evolução do paciente, sendo que os profissionais evitam passar informações aos familiares por telefone, com exceção de algumas situações, como alterações graves nos pacientes, e no caso de procedimentos a serem realizados nos pacientes que requerem a presença dos familiares, como uma cirurgia.

O boletim médico diário difere de uma UTI para outra, mas, normalmente, é por escrito, de uma forma genérica e, dependendo da UTI, também ocorre verbalmente ou só verbalmente, após um dos horários de visita dos familiares aos pacientes. Os familiares, apesar de receberem as informações sobre o paciente, geralmente, passivamente, consideram muito bom o boletim médico diário e se surpreendem com todo acompanhamento de informações que têm na UTI e, principalmente, porque ficam sabendo da real situação do paciente, que é o que desejam, e o que é bem diferente do que estão acostumados em outras unidades ou serviços de saúde, onde, muitas vezes, precisam “correr atrás” para saber informações, ou até mesmo como se expressou um dos familiares entrevistados “na UTI tu não precisa ficar ‘catando’ o médico para saber como o paciente está”.

Segundo o Ministério da Saúde, para atender às questões relacionadas à humanização do atendimento ao paciente crítico, na UTI Adulto deve ter, no mínimo, 03(três) momentos para Boletins diários,

informando o estado de saúde dos pacientes aos familiares e, pelo menos, um momento de encontro dos familiares com a equipe médica (BRASIL, 2005).

Estudo realizado em 2008 em uma UTI de um hospital do Rio de Janeiro/RJ, com 11(onze) familiares de pacientes internados na UTI, apontou que os familiares, a partir do acolhimento e das informações recebidas, apresentaram expectativas positivas frente à internação do paciente (SILVA; SANTOS, 2010). Isso mostra a importância de se acolher bem as famílias e fornecer informações aos mesmos.

Alguns profissionais, especialmente, alguns médicos e enfermeiros, têm dificuldade para dar notícias aos familiares, principalmente, notícias ruins, e costumam ficar mais à vontade para falar da gravidade dos pacientes quando já viram os familiares mais vezes.

Nem sempre os familiares compreendem o que é falado para eles sobre a gravidade do paciente e, algumas vezes, os familiares não entendem nem mesmo a própria situação da gravidade em que o paciente se encontra. E isso pode estar relacionado ao fato da passagem do boletim médico nem sempre ocorrer com o mesmo médico e, cada médico utilizar uma linguagem diferente e, às vezes, muito técnica para passar as informações aos familiares, sendo que essas informações, às vezes, também diferem, inclusive, em relação ao mesmo assunto, além dos familiares, geralmente, serem pessoas leigas no assunto.

Assim, considerando o direito dos familiares à informação, torna-se imprescindível que seja utilizada uma linguagem adequada por parte dos profissionais da saúde, especialmente, por parte dos profissionais médicos, ao transmitirem informações aos familiares sobre o paciente, para que os mesmos possam compreendê-las, de acordo com o grau de instrução que possuem.

Estudo realizado com 22(vinte e duas) famílias após a alta dos seus parentes da UTI do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo/SP em 2007, identificou que, entre as necessidades das famílias, a maioria delas precisa de mais clareza nas informações essenciais, apoio emocional e permanecer mais tempo junto com o paciente na UTI (MARQUES; SILVA; MAIA, 2009). Os autores referem que é necessário pensar em estratégias capazes de habilitar os profissionais de

saúde da UTI para acolher melhor os familiares durante os horários de visita.

Estudo realizado com 100(cem) familiares de pacientes internados na UTI apontou as falhas de comunicação como principal fator responsável pela insatisfação dos mesmos com o serviço (WALLAU et al., 2006).

Quanto à passagem de informações da parte dos profissionais de enfermagem para os familiares, há controvérsias. Enquanto na UTI 1 foi referido pelos entrevistados que esses profissionais não estão autorizados para transmitir informações sobre o paciente para a família, na UTI 2 os mesmos são incentivados a passar informações que sejam pertinentes e, na UTI 3, os mesmos evitam e/ou têm medo de fazê-lo, deixando essa tarefa apenas para os médicos, até para evitar passar informações contraditórias para os familiares.

Essas constatações evidenciam claramente que os profissionais de enfermagem evitam se envolver com os familiares e, ao mesmo tempo, também reflete que os profissionais de enfermagem costumam fugir dos familiares. O fato de na UTI 2 os mesmos serem incentivados a passar informações aos familiares, está relacionado à coordenadora de enfermagem daquela UTI, que costuma trabalhar a questão da interação dos profissionais com os familiares e outras questões relacionadas à humanização com os referidos profissionais, o que é fundamental para os familiares, que precisam desse contato com os profissionais de enfermagem.

Existem muitas informações que são pertinentes e que podem e devem ser fornecidas pelos profissionais de enfermagem aos familiares, durante os horários de visita dos mesmos aos pacientes, quando procuram fazer perguntas relativamente simples, e que, muitas vezes, são deixadas para serem respondidas apenas pelo médico, após o horário de visita, na hora do boletim médico.

Dessa maneira, pode-se dizer que o enfermeiro exerce um papel muito importante no que diz respeito às interações entre os profissionais e familiares e, como já foi citado anteriormente, o enfermeiro é o líder no ambiente de cuidados em UTI. Assim, poderia se perguntar: o que falta aos enfermeiros para poderem exercer efetivamente o papel de liderança no ambiente de UTI?

Por sua vez, enquanto há familiares que procuram conversar com os profissionais de enfermagem, querendo saber informações sobre o paciente e sobre os aparelhos conectados ao paciente, bem como sobre os valores que os mesmos apresentam, há outros que evitam falar com os profissionais de enfermagem e consideram ser melhor apenas o médico passar as informações na hora do boletim médico diário, para não ficar confuso para as famílias.

Entretanto, nem sempre os familiares se aproximam dos profissionais para saber informações sobre o paciente, mas porque querem que os profissionais fiquem do lado deles para conversar, porque os mesmos precisam do apoio emocional dos profissionais de enfermagem, que cuidam do paciente que está entregue a eles e em quem os familiares confiam, e dos quais também necessitam de atenção e cuidado, uma vez em que são esses os profissionais que passam mais tempo com os pacientes. Isso indica que os profissionais de enfermagem precisam reconhecer a importância e o significado desse papel junto aos familiares dos pacientes internados na UTI.

A humanização já vêm sendo falada e trabalhada nas UTIs há algum tempo, têm melhorado o entendimento e aumentado o interesse por parte dos profissionais em relação à mesma e, segundo Pina, Lapchinsk e Pupulim (2008), os profissionais que trabalham em UTI têm se preocupado com a humanização nesse ambiente. Entretanto, o presente estudo mostra que torna-se necessário investir mais em humanização na prática, tanto em relação aos pacientes, como em relação aos familiares e à própria equipe.

Estudo realizado em 2005 com 08(oito) enfermeiros que atuavam em UTI, na cidade de Cuiabá/MT, constatou que a assistência integral é vista como algo importante para os enfermeiros. No entanto, os autores referem que os mesmos ainda convivem com inúmeras dificuldades frente a efetivação de uma assistência humanizada na prática (SALÍCIO; GAIVA, 2006).

O presente estudo mostra que, humanizar o ambiente da UTI é atribuir vida, dinamismo e novos significados a esse ambiente, através do carinho e da alegria dos profissionais ao atender o paciente, no acolhimento das famílias, do respeito à religião, da presença de relógios e quadros na UTI e de fotos dos familiares junto ao paciente, através das cores do ambiente, da musicoterapia, da oração e momentos de reflexão, do uso adequado da própria tecnologia e, através do cuidado do

ambiente como um todo. Foi relatado pelos entrevistados que a musicoterapia harmoniza o ambiente e os profissionais, beneficia os pacientes e ajuda a aliviar o estresse no ambiente da UTI.

Estudo realizado num CTI da cidade de Santa Maria/RS no ano 2000, mostrou que a música contribui significativamente no processo de humanização, harmoniza o ambiente tanto para os pacientes como para os profissionais, e leva os mesmos a terem pensamentos, sentimentos e atitudes mais saudáveis (BACKES et al., 2003). Os autores referem que o tipo de músicas mais solicitadas e ouvidas foram músicas religiosas.

Já os quadros na parede contribuem para diminuir o visual pouco atraente do ambiente pouco estimulante como a UTI (PROSS-LÖHNER, 2011). No entanto, segundo a autora, muitas vezes, as imagens presentes nos quadros não são adequadas, porque são pequenas e fora do campo de visão dos pacientes, ao passo que quadros grandes com motivos claros, interessam aos pacientes e, da mesma forma aos familiares que, muitas vezes, encontram-se chocados com o ambiente frio e artificial da UTI. Dessa maneira, a autora refere que torna-se interessante trocar periodicamente os quadros ou as imagens/figuras dos mesmos, sendo que um quadro com flores coloridas pode sinalizar que o verão está começando, de maneira que o paciente poderá se orientar mais facilmente, e poderá tomar parte do seu meio ambiente.

Em relação às fotos, estudo têm mostrado que a exposição de fotografias do paciente, colocadas na beira do seu leito pelos familiares e amigos, pode motivar os profissionais para cuidar do paciente, personalizar o atendimento num ambiente altamente tecnológico como a UTI, melhorar a empatia entre o enfermeiro e o paciente, bem como, melhorar a comunicação entre o enfermeiro, o paciente e a família (NETO; SHALOF; COSTELLO, 2006).

Nessa direção, é importante que os profissionais peçam para os familiares trazerem fotos dos pacientes e as coloquem próximo dos mesmos e, de acordo com Nydahl (2004), torna-se interessante pedir aos familiares o que as fotos estão mostrando e quem são as pessoas que aparecem nas fotos. Da mesma forma, segundo o autor, também pode ser interessante pedir aos familiares que tragam uma foto do próprio paciente para fixá-la no leito do paciente para que os profissionais possam ver a mesma e ter uma ideia de como era o paciente antes de adoecer e como ele pode ter vivido.



Investir em humanização na prática é também buscar desenvolver atitudes humanizadas nos profissionais da UTI, a partir da formação profissional, bem como, capacitar os enfermeiros para exercerem a liderança, no sentido de criarem espaços de construção e sensibilização, capacitando os profissionais para agirem humanamente com cada paciente e familiar.

É preciso que o enfermeiro tenha conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer criativamente a equipe, a partir de metodologias participativas e reflexivas, capazes de problematizar a realidade concreta na organização dos serviços, com competência técnica e humana (BACKES et al., 2008). Dessa maneira, segundo os autores, o enfermeiro será capaz de traçar e desenvolver ações inovadoras e comprometidas com o ser humano, enquanto sujeito e agente de mudança.

Estudo realizado em 2003 com 08(oito) pacientes internados em enfermarias, após a alta da UTI, constatou que o ambiente da UTI é desumano e exaustivo para os pacientes, devido a tecnologia, a atuação da equipe multiprofissional, a luz, o barulho, a privação do sono, a vergonha, a saudade e a insegurança (MOREIRA; CASTRO, 2006).

No entanto, existem muitas maneiras de se proporcionar um atendimento humanizado aos pacientes, especialmente, no que diz respeito à maneira de se referir aos mesmos, ao cuidado/assistência, ao ambiente propriamente dito, como já descrito acima, e à presença de um acompanhante. Apesar disso, no presente estudo foi relatado que falta um atendimento mais humanizado com os pacientes, principalmente, nos hospitais públicos.

Quanto à maneira de se referir aos pacientes, a comunicação é um aspecto importante que faz parte do cuidado ao paciente e sua família na UTI, pois é uma forma de humanizar o cuidado, e deve estar presente mesmo quando o paciente estiver inconsciente ou sedado (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Os pacientes reagem frente ao cuidado e às suas necessidades e, falando ou não, seus corpos se expressam, apelando para que os profissionais da saúde ampliem seus conhecimentos e habilidades sobre os sinais e gestos que emitem. E ficam frustrados quando não são compreendidos nas situações em que não conseguem falar.

Através da otimização do ambiente podem ser reduzidas para os pacientes as estimulações pobres existentes na UTI, sendo que, sem estimulação não é possível dar a eles a possibilidade de percepção, que é um aspecto importante, capaz de influenciar na recuperação dos mesmos (PROSS-LÖHNER, 2011).

Atender a família de forma humanizada significa acolher a família, ter cuidado com a mesma e importar-se com ela. É buscar interagir, trocar ideias com os familiares sobre o paciente, tentar entender o que os familiares pensam da UTI, esclarecer as dúvidas dos mesmos e apoiá-los.

No presente estudo constatou-se que há uma certa flexibilidade em relação à visita e permanência dos familiares na UTI, abrindo exceção para a visita dos familiares fora dos horários de visita, em determinadas situações e, algumas vezes, é permitido que o familiar permaneça ao lado do paciente, quando se trata de paciente terminal ou adolescente. Deixa-se os familiares ficarem por mais tempo quando os pacientes estão mais acordados e precisam mais dos familiares. Permite-se a visita de crianças e, em alguns casos, deixa-se entrar mais de um familiar na hora da visita. Além disso, existe também a tendência de fazer com que um familiar fique junto com o paciente na UTI.

Entretanto, ficou evidente também que falta um cuidado mais humano com os familiares, quando os mesmos entram na UTI durante os horários de visita, quando se encontram do lado de fora da UTI, e também quando telefonam para a UTI. E isso mostra que a humanização em relação aos familiares não diz respeito apenas ao tempo em que os familiares permanecem dentro da UTI, mas, principalmente, ao modo como são acolhidos e tratados.

Estudo realizado em 2003 com 16(dezesseis) familiares de pacientes internados na UTI Geral de um hospital no interior do Estado do Rio Grande do Sul, mostra que, apesar do cuidado com a família fazer parte da humanização na UTI, os profissionais da saúde da referida UTI têm pouca consideração e acolhimento para com os familiares dos pacientes internados (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Promover um ambiente humanizado para os profissionais é procurar proporcionar um ambiente de trabalho seguro e favorável, no qual os profissionais possam trabalhar da melhor forma, procurando se

conhecer e compreender mutuamente, trocando ideias entre si, sendo solidários e respeitando uns aos outros, como seres humanos e profissionais.

Um ambiente de trabalho não diz respeito apenas ao profissionalismo dos trabalhadores ou a um bom clima de trabalho, mas também ao Design do ambiente que, quando se dá valor ao mesmo, os profissionais se lembrarão com mais facilidade que não são os aparelhos que estão em primeiro lugar, mas sim o ser humano. O trabalho em um ambiente otimizado também proporciona alegria aos profissionais, o que pode aumentar a motivação no ambiente de trabalho (PROSS-LÖHNER, 2011).

Dessa maneira, o presente estudo mostra que a humanização também têm a ver com o espaço físico, que precisa ser acolhedor, no sentido de promover a ambiência acolhedora para os pacientes, familiares e profissionais, e que, cada profissional precisa fazer um pouco mais em relação à humanização, atentando para as singularidades humanas, procurando “se colocar no lugar do outro” e ter empatia pelo outro, como também, gostando e cuidando de si mesmo.

Quanto à presença da família na UTI, no presente estudo a mesma foi considerada muito importante, tanto por parte dos familiares e pacientes, como por parte dos profissionais, porque a família auxilia no processo de cuidado, pode mostrar as especificidades do cuidado ao paciente, ajuda a tranquilizar o paciente, transmite energia positiva, faz o paciente se sentir mais seguro, o familiar sente-se mais confortado por sentir que não está abandonando o paciente, a equipe envolve-se com a família e acaba se envolvendo mais com o próprio paciente por intermédio da família.

Segundo Pross-Löhner (2011), a presença dos familiares por si só já é um fator importante no processo de recuperação dos pacientes. Além disso, a autora refere que os familiares têm a possibilidade de ajudar os pacientes, dar-lhes forças e fazer com que o paciente sinta que eles estão próximos, sendo importante proporcionar aos familiares um sentimento de boas vindas ao ambiente da UTI através de um ambiente estimulante e acolhedor.

Dessa maneira, constata-se que a proximidade da família junto ao paciente e com a equipe da UTI traz benefícios para a recuperação e proporciona bem-estar emocional aos pacientes e familiares.

A família representa uma unidade complexa de solidariedade, incentivo e ajuda, da qual o paciente recebe apoio, proteção e carinho, e contribui para diminuir as suas alterações emocionais e psicológicas, favorecendo na recuperação da sua saúde (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007; PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2008).

Cabe salientar aqui que, na atualidade, família não se refere apenas à família nuclear, tradicionalmente constituída por pais e filhos. Mas, existem hoje diversos tipos de família, envolvendo, inclusive, casais do mesmo sexo. E esses aspectos precisam ser considerados também na UTI, uma vez em que a família desempenha um papel muito importante em relação ao paciente.

Entretanto, a presença da família na UTI é muito restrita e rigorosamente controlada, e acontece, quase que exclusivamente durante os horários de visita pré-estabelecidos, que ocorrem diariamente, geralmente, nos turnos da manhã, tarde e noite, quando só podem entrar 03(três) familiares na UTI, um de cada vez, sendo que na UTI 3 só tem horário de visita para os familiares à tarde e à noite.

Embora a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico determine que na UTI Adulto devem ser garantidas, no mínimo, 03(três) visitas diárias programadas dos familiares aos pacientes (BRASIL, 2005), há outros estudos que também mostram que ainda existem UTIs com apenas 02(dois) horários para visitas diárias dos familiares aos pacientes (ALMEIDA et al., 2009; MARQUES; SILVA; MAIA, 2009).

No entanto, a presença da família na UTI não se reduz apenas à presença física dos mesmos, mas também requer que os profissionais se atentem para a qualidade da sua presença e procurem conversar, discutir e interagir mais com a família, uma vez em que nem sempre a família quer saber apenas como o paciente está. Às vezes, os familiares apresentam dúvidas, encontram-se ansiosos e sofrendo, querem saber o que está acontecendo. Embora os profissionais valorizem essas questões, nem sempre as levam em consideração.

Quando um paciente interna na UTI, os profissionais preocupam-se em receber o paciente e cuidar bem dele, mas dão pouca importância e acolhida para a família, bem como, pouco ou nenhum apoio emocional aos mesmos (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007; ALMEIDA et al., 2009). Segundo os autores, os profissionais da UTI

precisam proporcionar um ambiente acolhedor aos familiares, escutá-los e ajudar os mesmos a se sentirem mais seguros.

Em relação à interação entre os profissionais e familiares, esta é facilitada quando os familiares já são conhecidos pelos profissionais. Assim, quando o paciente permanece muito tempo internado na UTI, os profissionais acabam criando um vínculo com o paciente e sua família, da mesma forma, quando um familiar fica ao lado do paciente na UTI e, nesses casos, ocorre muito mais interação entre os profissionais e familiares, bem como, com os próprios pacientes. Entretanto, em algumas UTIs, assim como em alguns turnos, há mais interação entre os profissionais, familiares e pacientes, e isso indica que essas interações dependem, sobretudo, dos profissionais que atuam em cada UTI e em cada turno.

Estudo realizado em um hospital privado com 37(trinta e sete) profissionais de saúde, mostrou que os aspectos que dificultam a interação/comunicação entre profissionais e familiares de pacientes internados na UTI, na visão desses profissionais são: “informações nem sempre compreendidas pelos familiares, a gravidade do paciente, a dinâmica da unidade, o grau de desconhecimento pelo profissional da evolução clínica do paciente, dificuldades no jeito de ser do profissional e, o espaço físico inadequado” (SANTOS; SILVA, 2006, p.61).

Quanto à participação da família nas decisões em relação ao paciente, há divergências de opiniões entre as diferentes famílias, e também, entre os membros de uma mesma família. Enquanto alguns familiares acham que é bom que a família também participe das decisões e opine ou ajude a decidir, autorizando condutas ou não, outros preferem que a família nem seja consultada pelos médicos sobre as condutas a serem tomadas em relação ao paciente, pelo fato de serem leigos no assunto, porque preocupam-se em relação ao entendimento do que os médicos falam e, porque acham que é melhor para o paciente os médicos decidirem por ele.

Nesse sentido, questiona-se: qual é a participação da enfermagem em relação às decisões sobre as condutas a serem tomadas em relação ao tratamento dos pacientes internados na UTI? Por que a participação da enfermagem nessas questões parece se resumir ao fornecimento de informações aos médicos e sugestões ou apelos a favor dos pacientes? O que fazer para que os profissionais de enfermagem participem mais dessas decisões? Por que os médicos não procuram envolver mais a

participação dos demais profissionais de saúde da UTI nas decisões dessa natureza?

Assim, fica evidente que é preciso avançar em direção ao trabalho interdisciplinar na UTI. A participação da família em relação às decisões sobre os pacientes, requer, sem dúvida, também um envolvimento maior dos profissionais de enfermagem e dos demais profissionais de saúde nessas questões que, geralmente, apresentam-se bastante polêmicas e difíceis para os médicos.

Quando têm um parente internado na UTI, os familiares, independente de serem religiosos ou terem uma religião ou qual a religião que praticam, rezam muito, têm muita fé e confiança em Deus e acreditam que Ele pode lhes ajudar e dar forças para suportarem a dor e o sofrimento, e procuram rezar também pelos outros pacientes e familiares, que também sofrem como eles. Além disso, também há uma devoção à Nossa Senhora e, diante da imagem da Santa na sala de espera da UTI 1, os familiares se inclinam para rezar e pedir proteção. Isso mostra a importância de se ter imagens sagradas na UTI, especialmente no espaço reservado para os familiares.

Outros estudos também têm mostrado que os familiares, devido a situação de sofrimento em que se encontram, quando têm um parente internado na UTI, diante dos longos momentos de espera e as poucas informações que recebem, buscam conforto através da fé em Deus e por meio da religião (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007; ALMEIDA et al., 2009), sendo que a expressão religiosa dos mesmos se manifesta através das orações e pedidos, que lhes proporcionam conforto e alento.

## 6.8 ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA ACEITAR E LIDAR COM A MORTE

A oitava categoria “Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte”, definida como consequência da teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” mostra que, diante do não alcance do objetivo almejado, que visa a recuperação da saúde dos pacientes, os profissionais da UTI sofrem e ficam angustiados, temem a reação da

família e, inclusive, evitam interagir efetivamente com a mesma. Essa categoria apresenta como subcategorias: Ficando angustiados com o sofrimento e a morte dos pacientes; Ficando frustrados e sensibilizados 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.

Os profissionais da UTI, de um modo geral, têm dificuldades para lidar com a morte, mesmo aqueles que têm anos de experiência em UTI, o que fica evidente através das falas: “toda vez que um paciente vai a óbito, é uma sensação de perda para toda a equipe” e, “é sempre um momento difícil”. O sofrimento e a morte dos pacientes foram apontados como a maior fonte de angústia, sofrimento e estresse para os profissionais da UTI, causando desgaste psicológico nos mesmos, que são formados e treinados para recuperar e salvar vidas e não para enfrentar a morte.

As questões relacionadas à morte, de modo especial, as de ordem subjetiva, sempre estiveram entre as maiores dificuldades vivenciadas pelos profissionais da saúde, principalmente, pelos enfermeiros (SILVA et al., 2009). E isso pode ser explicado pelo fato dos profissionais da saúde, tanto médicos e enfermeiros como fisioterapeutas, apresentarem um conhecimento geral ainda muito deficiente sobre temas relacionados à terminalidade (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Os profissionais da UTI, quando começam a trabalhar na UTI, se sensibilizam mais e sofrem mais com o mau prognóstico, o sofrimento e a morte dos pacientes. No entanto, uma vez adaptados no ambiente da UTI, os mesmos parece que criam um mecanismo de adaptação frente a essas condições e, a partir daí, geralmente, sofrem mais com o sofrimento e a morte de pacientes jovens e internados por mais tempo. Entretanto, quando os profissionais se envolvem mais com o paciente e a sua família, acabam tendo uma dificuldade maior para lidar com a morte, principalmente, nos casos em que um familiar têm ficado ao lado do paciente na UTI, o que explica a expressão de vários entrevistados: “tem uns que a gente sente um pouco mais, outros um pouco menos”.

Morin (1997), ao falar da morte, refere-se às perturbações provocadas por ela, como no caso, a angústia, a dor e o horror, e assim descreve a dor provocada pela morte.

A dor provocada por uma morte só existe se a individualidade do morto estiver presente e reconhecida: quanto mais o morto for próximo, íntimo, familiar, amado ou respeitado, isto é, ‘único’, mais violenta é a dor; nenhuma ou quase nenhuma perturbação se morre um ser anônimo (MORIN, 1997, p.32).

Além dessa dificuldade que os profissionais têm de lidar com a morte dos pacientes, o presente estudo constatou que a parte mais difícil para os profissionais da UTI é deparar-se com a família para comunicar à mesma que o paciente morreu, seja pela falta de habilidade para dar a notícia “porque tu não têm tato para aquilo ali”, ou por medo da reação da família “tu não sabe qual vai ser a reação” e/ou pelo fato dos profissionais se comoverem junto com a família “a gente acaba se comovendo com a notícia”.

Entretanto, o que deixa os profissionais mais tranquilos para darem a notícia da morte do paciente para a família é o fato de manterem contato com os familiares, antes do paciente vir a falecer, e mantendo a família a par sobre a evolução do paciente e, inclusive, preparando a mesma para a possibilidade do paciente falecer.

Quanto ao fato dos profissionais ficarem frustrados e sensibilizados com a internação prolongada dos pacientes e com a presença de pacientes terminais, isso apresenta uma relação direta com a terminalidade e com a dificuldade em aceitar e lidar com a mesma. Dessa maneira, a internação prolongada dos pacientes na UTI frustra e desanima os profissionais que começam a se questionar sobre os motivos envolvidos com a não evolução dos pacientes e, ao mesmo tempo, também se sensibilizam com o sofrimento dos pacientes e preocupam-se com o conforto dos mesmos.

Nas UTIs internam pacientes terminais, muitas vezes, sem indicação de UTI. Nessas circunstâncias, muitas vezes, existe uma obstinação terapêutica por parte dos médicos e pressão por parte da família em prolongar a vida de um paciente terminal, mais do que se deveria, com procedimentos desnecessários, o que acaba aumentando ainda mais a angústia dos profissionais, que sofrem e se sensibilizam ao ver o paciente sofrendo ainda mais com essa situação.



Estudo realizado com enfermeiros de cuidados críticos, com o objetivo de descrever os níveis e os efeitos do sofrimento moral em suas vidas pessoais e profissionais, bem como, as estratégias de enfrentamento desses enfermeiros nessas condições, constatou que as situações de perigo moral mais frequentes para os mesmos estavam relacionadas ao fato das famílias desejarem continuar o tratamento agressivo de pacientes graves, apesar do mesmo, provavelmente, não ser benéfico ao paciente (McCLENDON; BUCKNER, 2007).

Essa obstinação terapêutica da parte dos médicos está relacionada, sobretudo, com a natureza do trabalho da UTI que é investir para recuperar a saúde dos pacientes, bem como, com a negação da terminalidade e com a dificuldade em deixar as coisas evoluírem naturalmente, pois como referiu um dos médicos entrevistados “nós fomos treinados para não deixar morrer”.

Segundo Curtis e Vicent (2010), o sofrimento entre os clínicos que trabalham em UTI e o aumento de burnout estão associados ao cuidado de pacientes que encontram-se em fase final da vida, porque muitas mortes que acontecem na UTI são precedidas por uma decisão que diz respeito à recusa ou à retirada do suporte de vida. Os autores referem que para tomar uma decisão dessa natureza é preciso ter uma formação adequada, uma equipe interdisciplinar que colabore e que funcione bem, assim como, uma boa comunicação entre o médico e a família.

Morin (1997) ao fazer referência aos progressos da humanidade diante da luta contra a morte, traz à tona a inevitabilidade da mesma, e destaca

Todos os progressos realizados no campo da luta contra as formas fatais da morte (doença, velhice, acidente) dependem por enquanto da medicina, cujo ideal eterno é fazer tudo como se nunca a morte fosse inevitável, mas que sempre, finalmente, se inclina diante deste inevitável (MORIN, 1997, p.327).

Dessa maneira, a partir das colocações de Morin, é possível compreender que, diante da sustentação da vida, os profissionais da

saúde, mais especificamente, os profissionais de medicina, convivem com esse dilema da evitabilidade e da inevitabilidade da morte. A evitabilidade da morte porque foram treinados para não deixar o paciente morrer, motivo pelo qual buscam investir para recuperar a saúde dos pacientes e, inclusive, prolongar a vida dos mesmos, às vezes, mais do que deveriam. E, a inevitabilidade da morte, porque a morte faz parte do ciclo natural da vida, o que nem sempre é visto dessa maneira pelos profissionais, motivo pelo qual há momentos em que os mesmos sentem-se impotentes e frustrados quando não conseguem recuperar a saúde dos pacientes, e esses vêm a falecer.

Estudo realizado com profissionais de enfermagem de UTIs do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo/SP, apontou a necessidade da implantação de encontros sistematizados que proporcionem aos profissionais de enfermagem que trabalham em UTI, expor seus medos e angústias relacionados à assistência aos pacientes no processo de morrer, bem como à assistência aos familiares nesses momentos (GUTIERREZ, 2003).

É fundamental que as decisões sobre o estágio terminal e/ou sobre as medidas para o prolongamento da vida dos pacientes na UTI sejam discutidas com toda a equipe multidisciplinar da UTI, inclusive, com os médicos assistentes (CASARINI; BASILE-FILHO, 2005).

Em relação às diferentes maneiras de encarar a morte, cada profissional reage à sua maneira diante da tensão e angústia relacionadas à morte, que faz parte do cotidiano das UTIs. Desse modo, os mesmos podem ficar com medo, tristes, chateados, calados, chocados, passar mal, apresentar nervosismo, falar muito, evitar se envolver, tentar fugir do momento, racionalizar, brincar com a morte e/ou encarar a morte com naturalidade. No entanto, normalmente, os profissionais procuram não se envolver muito com a morte e precisam racionalizar muito para poderem manejar a situação e evitar o próprio sofrimento.

Segundo Gutierrez (2003), os profissionais de enfermagem apresentam reações diversas ao assistirem os pacientes no processo de morrer e o sofrimento dos familiares a ele relacionados, o que acaba gerando desgaste emocional nesses profissionais.

No que se refere ao fato dos profissionais evitarem interagir efetivamente com os familiares, ficou evidente nesse estudo, que há

uma tendência dos profissionais fugirem dos familiares quando esses vão visitar os pacientes na UTI, como destacado na fala: “a tendência é fugir do familiar”. E isso os profissionais reconhecem e os próprios familiares também percebem. Os profissionais também reconhecem que têm muito pouca interação da equipe como um todo com os familiares, uma vez em que os mesmos acabam fugindo do contato com os familiares, mas, principalmente, do vínculo com os mesmos, o que caracteriza uma falta de abertura da equipe da UTI para as interações com os familiares e, conseqüentemente, também caracteriza uma falta de acolhimento dos familiares no ambiente da UTI.

Assim, como resultado dessa falta de interação entre profissionais e familiares, os familiares apresentam falta de esclarecimentos e dúvidas em relação a várias questões, principalmente, às relacionadas com a contaminação, motivo pelo qual evitam até de tocar no paciente.

Nesse sentido, pode-se dizer que, quando diz respeito à vida, ou seja, quando há chance de recuperar a saúde do paciente, os profissionais consideram importante e reconhecem a presença da família na UTI, mas parece que evitam interagir efetivamente com a mesma, quando não há chance de recuperação da saúde do paciente. E isso reflete a dificuldade que os profissionais tem em lidar com a morte dos pacientes e com a reação da família diante da morte.

Assim, ao mesmo tempo em que os profissionais da UTI reconhecem a importância da família no processo de cuidado ao paciente, também acabam excluindo a família desse cuidado, pois, a família, assim como os profissionais, para se sentirem aptos para ajudar no cuidado ao paciente, não podem ficar na dúvida e, a dúvida dos familiares acaba gerando insegurança nos mesmos, que também acaba sendo transferida aos pacientes.

O distanciamento dos profissionais da UTI em relação aos familiares aumenta o medo, a tensão e o estresse dos mesmos, motivo pelo qual torna-se necessário que os profissionais da UTI disponham de tempo para conversar e apoiar os familiares, dando explicações claras sobre a evolução do paciente, as rotinas da unidade e o funcionamento dos equipamentos (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007).

Dessa maneira, o cuidado no ambiente de UTI, para ser efetivo, necessariamente, precisa promover uma boa interação entre

profissionais, familiares e pacientes, o que requer um cuidado que vai além da objetividade e da racionalidade técnico-científica, predominantes na UTI, para atingir também a subjetividade nas ações de cuidado aos pacientes e que também se estende às suas famílias. Essa é uma questão essencial quando se fala em humanização na UTI, o que é bem diferente do que certos autores (PORTO et al., 2009a; PORTO et al., 2009b) enfatizam quando se posicionam contra o discurso da humanização, alegando que esse discurso da humanização está classificando os profissionais da UTI como desumanos por fazerem uso do conhecimento técnico e racional na UTI.

Assim, pode-se dizer que, ser desumano na UTI, é fugir dos familiares e excluir a família do cuidado com o paciente, é negar a subjetividade, é cuidar de forma unilateral e desconectada, sem considerar o contexto e o ambiente como um todo, é não saber inovar e fazer diferente, é manter-se preso aos princípios do pensamento cartesiano, uma vez em que a humanização requer um cuidado integrado, que leve em conta a objetividade, mas também a subjetividade, ou seja, que leve em conta o pensamento complexo, que considera as relações, interações e associações e a multidimensionalidade nas práticas de cuidado.

Quanto à ajuda de psicólogo para os profissionais, a mesma se torna necessária na UTI, especialmente, para dar suporte aos profissionais para lidarem melhor com a morte e poderem ajudar as famílias nessas situações, o que pode contribuir com a humanização do atendimento na UTI relacionada aos profissionais, mas também aos familiares e pacientes.

Em relação à necessidade de abordar e trabalhar a morte com os profissionais, constatou-se que o tema “morte” não é abordado de forma adequada e suficiente na formação profissional, como também, não é trabalhado com os profissionais nos locais onde os mesmos exercem a sua profissão, como na UTI, que é o ambiente hospitalar onde ocorre o maior número de mortes.

Assim, os dilemas vivenciados pelos profissionais da saúde no cotidiano dos hospitais, requerem que haja preparo profissional relacionado a esses assuntos durante a graduação, como também no decorrer da vida profissional. Dessa maneira, “é necessário cada vez mais a promoção de reflexões bioéticas que auxiliem os profissionais nas tomadas de decisão e em seus comportamentos frente aos cuidados

de pacientes fora de possibilidades terapêuticas” (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007, p.41).

Para finalizar a discussão dos resultados da presente pesquisa, é possível afirmar que os estudos utilizados e disponíveis na literatura são unânimes em relação à necessidade de se levar em conta um cuidado integral e subjetivo na UTI em relação aos pacientes, indo além do cuidado puramente técnico e objetivo, e também sobre a necessidade de acolher e cuidar dos familiares, especialmente, no que se refere ao cuidado emocional dos mesmos que, geralmente, é deixado de lado. Além disso, ficou bem evidente a importância da função de liderança do enfermeiro no ambiente de cuidados em UTI, principalmente, em relação à humanização e à promoção da ambiência acolhedora.

Assim, dizer que a UTI é um ambiente de vida, não está relacionado apenas ao número de pacientes que são recuperados e que saem vivos da UTI, que é a grande maioria. Mas, é muito mais do que isso, e diz respeito ao ambiente como um todo que, para ser vivo, precisa ser otimizado, humanizado, acolhedor e estimulador, tanto para os pacientes e profissionais, com para os familiares.

Em suma, a UTI é um ambiente complexo que compreende a ordem, a desordem e a organização. A ordem diz respeito à objetividade, à racionalidade técnico-científica, às coisas certas, que precisam ser realizadas bem rápidas, para que não haja perda de tempo da equipe e para não perder a vida dos pacientes. Já a desordem, inclui a incerteza frente à evolução clínica dos pacientes, à presença de estresse e conflitos, entre outros. Por sua vez, a organização é fundamental para um cuidado intensivo e de qualidade, que deve ser multidimensional, ou seja, que leve em conta o cuidado em relação às diversas dimensões do ser humano, incluindo a dimensão biológica, psicológica, social, espiritual e cultural, tendo uma visão sistêmica do ser humano, e vendo-o como parte integrante do meio ambiente, no qual ele está inserido e do qual ele depende para sobreviver.

No Capítulo a seguir, serão abordadas as relações e interações no ambiente de cuidados em UTI, à luz do pensamento sistêmico.



## **7 - AS RELAÇÕES E INTERAÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA À LUZ DO PENSAMENTO SISTÊMICO**

“A primeira coisa que me vêm na cabeça, quando se fala no ambiente de cuidado, é a relação interpessoal. Equipe com paciente. Equipe com família. Isso mais. E depois, vêm o ambiente físico. Para mim, ambiente de cuidado são mais os próprios humanos interagindo”

(Escuta qualificada)

Para atingir níveis cada vez mais qualificados nas relações e interações humanas e de cuidado em um ambiente de UTI, é importante reconhecer que esse é um ambiente complexo por natureza. Por complexo - *complexus* se entende a união existente entre a unidade e a multiplicidade, “do que foi tecido junto”, isto é, quando elementos “diferentes são inseparáveis constitutivos do todo e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si” (MORIN, 2000, p.38).

Dessa maneira, a compreensão do ambiente de cuidados em UTI como um todo interdependente, nessa lógica, significa aceitar que diferentes componentes, tais como: os profissionais da saúde, os gestores, os pacientes, os familiares, os serviços de apoio e as demais unidades e serviços de saúde intra e extra-hospitalar são inseparáveis, e que o tecido interdependente pode ser caracterizado pelo sistema de saúde, que move a dinâmica do cuidado no ambiente de UTI.

O ambiente de UTI, concebido como um ambiente de “Alta Complexidade”, por envolver um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia, alto custo, altos processos e recursos humanos altamente qualificados (BRASIL, 2010b), é marcado, essencialmente, pela intensidade das relações e interações. Essa complexidade, no entender dos profissionais, pode ser integrada à medida que a equipe interage entre si, se apóia e se estimula mutuamente. Trata-se de um ambiente que, na visão dos entrevistados,

precisa continuamente ser (re)organizado e retro-alimentado pelas interações, tanto internas, quanto externas ao ambiente de UTI.

Os pacientes internados no ambiente de UTI encontram-se, na maioria das vezes, fragilizados e vulneráveis, tanto fisiológica e psicologicamente, quanto espiritual e socialmente. Necessitam, para tanto, de um cuidado integral e intensivo para reverter o quadro clínico no qual se encontram. Logo, faz-se referência ao cuidado complexo, também entendido como multidimensional, por incluir as diferentes dimensões do ser humano, enquanto ser singular e multidimensional (MORIN, 2005).

Aceitar a realidade multidimensional, sob esse enfoque, significa acolher o cuidado como um fenômeno complexo, no qual e para o qual convergem diferentes serviços, cuidados e unidades de saúde, no sentido de formar um todo integrado e integrador. Significa também acolher e respeitar os valores, as crenças, a cultura e as expectativas de vida que são singulares à cada ser humano. Na prática, no entanto, tal concepção nem sempre parece ser simples e fácil de ser decodificada.

De acordo com os entrevistados, na UTI prevalece ainda, na maioria dos casos, o cuidado técnico e rotineiro. Evidencia-se, portanto, que a complexidade de um ambiente de UTI, se reduz à alta tecnologia, que busca satisfazer as necessidades biológicas ou hemodinâmicas dos pacientes nela internados. Logo, como falar em ambientes humanizados, quando os referenciais ainda continuam sendo reducionistas e simplificados? Como centrar um plano de cuidados singular, quando esse ainda é apreendido de forma fragmentada e que, por vezes, ainda concebe o ser humano como se esse fosse um objeto que recebe os cuidados passivamente?

Pensar em um ambiente adequado para o cuidado integral e humanizado, que comporta tecnologia diferenciada e profissionais técnica e humanamente qualificados, implica em apreender a complexidade em suas diferentes dimensões, aspectos, eventos e movimentos que compõem o cuidado em UTI. Esse pensar, no entanto, precisa transcender o modelo de assistência biologicista, linear, pontual e fragmentado, no qual o ser humano é dividido em partes ou fragmentos, sem compreender e acolher a dinâmica do todo.

Para dar conta das múltiplas dimensões e aspectos do cuidado ao ser humano, torna-se necessário a utilização de novos referenciais,



capazes de dar conta da complexidade e integralidade do cuidado no ambiente complexo e dinâmico de UTI. Torna-se necessária uma visão ampliada do conjunto de elementos que compõe esse ambiente, a partir de uma visão sistêmica e global, capaz de sustentar a vida.

A visão sistêmica, nesse campo de discussões, conduz o pensar e o fazer, não às evidências e às certezas, mas em direção ao global, ao incerto, ao desconhecido e ao aleatório. Assim, ao apelar para a abordagem sistêmica frente à compreensão do significado do ambiente de cuidados em UTI, considera-se que não existe chave ou receita para adentrar no universo da complexidade do cuidado. Mas existem vias e caminhos diferentes, capazes de abarcar a multiplicidade de interações e associações sistêmicas (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2007).

O pensamento sistêmico contrapõe-se à visão reducionista e cartesiana, que faz referência à fragmentação ou as partes em separado. A abordagem sistêmica, de uma forma geral, requer uma nova forma de percepção da realidade e do próprio ser humano. Assim, na perspectiva sistêmica, quanto mais se estuda os fenômenos sociais, tanto mais se percebe que eles não podem ser entendidos isoladamente ou explicados de forma unidimensional, sem a compreensão das interdependências que integram o todo. O todo, portanto, é mais que a soma das partes e se caracteriza pela confluência das propriedades essenciais que surgem das inter-relações entre suas partes (CAPRA, 1995; MORIN, 2005).

O pensamento sistêmico retrata, sob esse enfoque, um processo social, profissional e pessoal, dinâmico e gradual, que demanda tempo, atitude, comportamento e um esforço incansável na busca de novas formas de ação e interação frente ao cuidado. Permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias, como a ordem e a desordem, a certeza e a incerteza, a parte e o todo, para conceber um mesmo fenômeno complexo como multidimensional. Ou seja, o pensamento sistêmico une duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade (MORIN, 2004; 2005).

Lidar com as contradições e incertezas em um ambiente altamente complexo como a UTI, se constitui, portanto, num desafio, tanto para os pacientes e familiares, quanto para os profissionais que encontram-se diretamente envolvidos no cuidado ao ser humano, que se encontra numa situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, os profissionais precisam continuamente encontrar estratégias para aliviar

a dor física, emocional, espiritual e social dos pacientes e, ainda, lidar com as incertezas, a desordem e a pluralidade de fatores e mitos que envolvem esse ambiente.

Diferentemente do pensamento cartesiano, o pensamento sistêmico/complexo requer que sejam restabelecidas as articulações entre o que foi separado, para se tentar compreender a multidimensionalidade e se pensar na singularidade, sem esquecer as totalidades integradoras (MORIN, 2005, p.192). Significa dizer que é preciso transcender explicações lineares e compreender o ser humano como um ser singular e complexo, dotado de múltiplas dimensões, que precisam ser consideradas no ambiente de cuidados em UTI para que esse seja promotor da vida e capaz de favorecer a recuperação dos pacientes, independente das condições em que os mesmos se encontram.

Nessa direção, o ser humano não pode ser compreendido apenas como um ser biológico. Sua natureza é por excelência singular e multidimensional. É membro de uma família e faz parte da sociedade, com identidade e função definida. Ou seja, há algo mais do que a “singularidade ou a diferença de indivíduo para indivíduo que é o fato de que cada indivíduo é um sujeito” (MORIN, 1991, p.78).

## 7.1 A REDE DE APOIO, A ORDEM/DESORDEM E PERTURBAÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UTI

O ambiente de cuidados em UTI precisa ser acolhedor, integrador e estimulador para todos os envolvidos no processo de cuidado e/ou sob o cuidado. Tanto os profissionais e gestores, quanto os pacientes e seus familiares, precisam se sentir parte integrante desse ambiente, a fim de formar uma rede de relações e interações dinâmica e sensível às singularidades humanas. Nessa rede, aqui entendida como um conjunto de conexões ou um conjunto de elementos interconectados (CAPRA, 2005) que se fazem necessários diante do atendimento aos pacientes críticos, na qual devem ocorrer trocas constantes e singulares, não basta apenas a convergência dos fios para formar o “nó” do cuidado, mas é preciso que a rede ou o ambiente/sistema como um todo seja integrado e (re)alimentado pelas trocas/informações que envolvem os diferentes atores, processos, serviços e setores relacionados ao cuidado e recuperação dos pacientes.

A UTI é uma unidade muito complexa e parece ser um ambiente à parte. Por vezes, dá a impressão que não faz parte do hospital, ou seja, dá a impressão que é uma unidade independente do hospital, embora esteja extremamente interligada e dependente com o restante do hospital, como com a Lavanderia, Laboratório, Manutenção, Bloco Cirúrgico e outros, que dão suporte direto à UTI.

Embora ocorra o trabalho em equipe na UTI e grande sintonia e ajuda mútua entre os profissionais, o trabalho na UTI é multiprofissional e não interdisciplinar e, por vezes, parece ser um trabalho não suficientemente interligado. Talvez por esse motivo ocorra essa grande dificuldade que muitos profissionais da UTI têm em relacionar a mesma com o meio ambiente externo e, de certa forma, também com o ambiente intra-hospitalar. Além disso, pelo fato da UTI ser um ambiente altamente tecnológico, a maioria dos profissionais não consegue ver nesse ambiente um cuidado ecológico, embora o mesmo até exista e os profissionais tenham esse cuidado nas suas próprias casas.

Além disso, os motivos envolvidos com a internação dos pacientes na UTI, tais como, doenças degenerativas, depressão, doenças respiratórias, cardíacas e renais, acidentes de trânsito, uso abusivo de álcool, a violência, entre outros, apresentam uma relação direta com o meio ambiente no qual os mesmos encontram-se inseridos, embora muitos profissionais de saúde da UTI ainda não procurem fazer essa relação.

Ao se retomar o conceito de saúde, apresentado na Introdução desse trabalho, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, que apresenta um conceito de saúde sistêmico, entendido como resultado das condições de alimentação, trabalho, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986), fica a pergunta: o que fazer para que, ao invés de precisarmos aumentar cada vez mais o número de leitos de UTI, possamos promover a saúde das pessoas, sem que as mesmas precisem de tratamentos tão intensivos e agressivos?

Segundo o Ministério da Saúde, torna-se necessário assistir os pacientes críticos ou potencialmente críticos a partir de uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde, incluindo não apenas as UTIs, mas também outras unidades, serviços e hospitais que compartilham dessa responsabilidade junto com as UTIs, tanto a nível de instituições

hospitalares, como a nível de outras unidades e serviços de saúde de atendimento a pacientes críticos, que apresentam ou não, diferentes níveis de complexidade ou especialização (BRASIL, 2005).

A partir dessas constatações, foi possível esboçar a rede de apoio do ambiente de cuidados em UTI Adulto, sob uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde, envolvendo as demandas vinculadas direta ou indiretamente ao atendimento de pacientes críticos, incluindo os seguintes serviços e unidades de atenção à saúde: Serviços de apoio, as demais Unidades correlacionadas do hospital, como as enfermarias e outras, o Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós-anestésica, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Tratamento Semi-intensivo e outras UTIs e hospitais, como os hospitais de contra referência. Além disso, também fazem parte, mais diretamente dessa rede de apoio da UTI Adulto, os gestores, os profissionais da saúde, os profissionais dos serviços de apoio e, os familiares, amigos e conhecidos dos pacientes. Essa rede de apoio encontra-se ilustrada na Figura 9 a seguir.

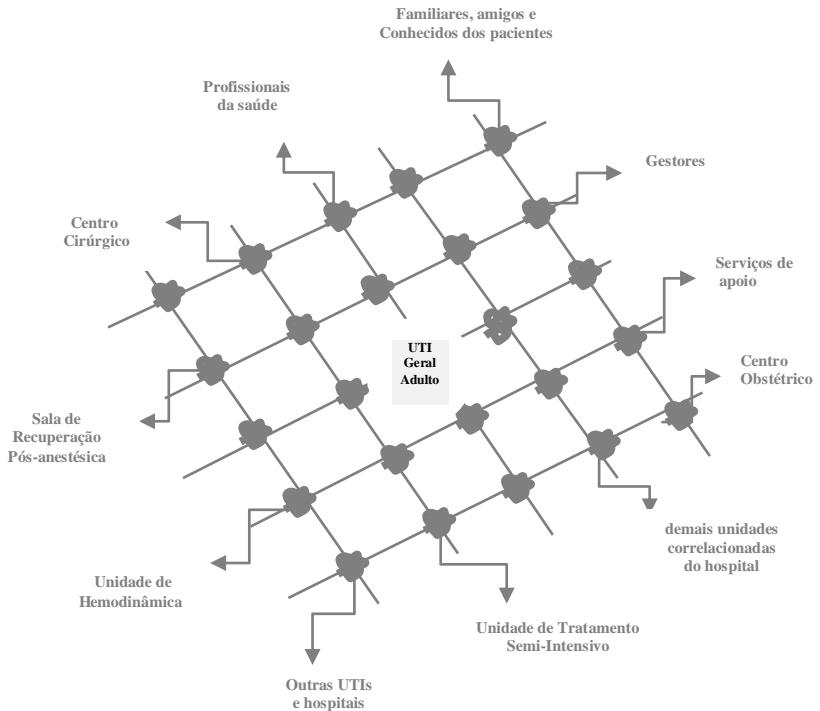


Figura 9: Rede de apoio do ambiente de cuidados em UTI Adulto  
 Figura elaborada por Marli T. S. Backes (elaboração própria).

Nessa direção, à medida que um dos “nós” se romper ou um dos fios não estiver devidamente interconectado, a rede como um todo sofrerá desajustes ou rupturas, e se fragmentará. Essa ideia, no entanto, nem sempre está suficientemente clara para os profissionais que atuam no ambiente de UTI. Ao se tomar como referência a fala de um profissional de enfermagem que começou a trabalhar na UTI recentemente, e que assim se expressou durante a fase de observação do presente estudo: “na UTI é bem mais tranquilo para trabalhar, porque na Clínica Médica é muito estressante em função dos familiares que, enquanto o paciente fica quietinho, os familiares ficam incomodando muito”. Fica evidente que essa profissional prefere cuidar de pacientes

que ficam “quietinhos”, como a maioria dos pacientes ficam na UTI, e separados dos familiares. Dito de outro modo, pode-se dizer que a mesma parece ter dificuldades para transcender o cuidado pontual e técnico.

Estudo realizado com 15(quinze) auxiliares de enfermagem de uma UTI Neurológica Adulto, num hospital da cidade de São Paulo/SP em 2001, constatou que a maioria, ou seja, 08(oito) auxiliares de enfermagem preferem cuidar de pacientes que não se comunicam verbalmente, ao passo que 04(quatro) preferem cuidar de pacientes que conseguem se comunicar verbalmente e, para 03(três) auxiliares de enfermagem, tanto faz se o paciente consegue ou não falar (SHIMADA; SILVA, 2003). Segundo as autoras, os auxiliares de enfermagem que relataram preferir cuidar de pacientes que não falam, justificaram a sua resposta, alegando não possuírem condições para dar apoio psicológico aos pacientes conscientes, devido a falta de tempo e de preparo para isso, e também, por considerarem ser mais fácil cuidar da dimensão fisiológica.

Dessa maneira, o fato de optar por trabalhar no ambiente de UTI, vêm ao encontro do que algumas vezes também já se ouviu dizer por parte de outros profissionais da UTI, em outros momentos: “trabalhar na UTI é melhor porque a gente não precisa estar se envolvendo com os familiares”. Assim, constata-se que a família nem sempre é reconhecida como um elemento integrante da rede de apoio e de relações e interações no ambiente de cuidados em UTI. Logo, surgem alguns questionamentos: Por que os profissionais preferem não interagir e/ou não se envolver com a família? Que sentimentos a família provoca nesses profissionais? O que quer dizer a expressão: “os familiares ficam incomodando muito?” Por que motivo os familiares estariam incomodando muito?

Para grande parte dos profissionais, a família ainda soa como “desordem”, obstáculo ou incômodo. A primeira reação dos profissionais ao se depararem com os familiares, com raras exceções, é de fuga, indiferença ou exclusão. Assim, quanto menor a possibilidade do contato com a família, tanto maior a “ordem” e menor as chances de questionamentos, perturbações, envolvimento afetivo e sofrimento emocional.

Nesse estudo, um dos familiares entrevistados relatou que diante da gravidade e piora do quadro clínico da sua esposa, sendo que o

médico já não sabia mais o que fazer, o mesmo procurou fugir da família para não falar da gravidade do paciente. Por sua vez, um dos gestores de uma outra UTI mencionou que a fuga da família pode estar relacionada não tanto à pessoa/família, mas às próprias reações e dificuldades, ou seja, à impotência e ao medo de se confrontar com a vulnerabilidade alheia, especialmente, nos casos em que foi possível estabelecer um vínculo com os familiares.

A demonstração de tais sentimentos por parte dos profissionais deixa transparecer que, além do confronto interno manifesto, muitas vezes, pela incapacidade de lidar com as próprias dificuldades, o “familiar” passa a ser visto pelos profissionais como um “estorvo”, alguém que incomoda e atrapalha a rotina da unidade, motivo pelo qual, inclusive, não se têm horário para visita dos familiares aos pacientes numa das UTI estudadas, no turno da manhã. Com esse pensar, aqui entendido como reducionista, o paciente é apreendido como um ser isolado, desconectado das suas relações familiares e sociais.

Como cuidar e compreender o ser humano como um ser singular e multidimensional, quando esse não é visto a partir do seu contexto, ou seja, a partir da sua rede interativa ou unidade complexa, em especial, a partir da sua família?

## 7.2 CONVIVENDO COM CERTEZAS, INCERTEZAS E CONTRADIÇÕES NO AMBIENTE DE CUIDADOS EM UTI

Na UTI, ambiente motivado pela alta complexidade, o convívio direto e constante com certezas, incertezas e contradições, é inevitável. A revelação do diagnóstico ou do quadro clínico ao paciente e/ou família, se constitui num processo, às vezes, difícil para os profissionais.

Da mesma forma, o medo da morte também faz parte do cotidiano do ambiente de UTI, tanto por parte dos familiares, quanto por parte dos profissionais. Enquanto alguns encaram a morte como um fenômeno natural que faz parte da vida, outros enfrentam a mesma como um processo doloroso, que gera comoção e angústia, seja pela dificuldade em aceitá-la, pela falta de compreensão ou pelos vínculos estabelecidos com o paciente e sua família. Essa última constatação diz

respeito, mais especificamente, àqueles que não conseguem processar o limite entre a vida e a morte, isto é, não conseguem processar a terminalidade que faz parte do processo de viver.

Os entrevistados evidenciam em suas falas que o modo de ser e fazer dos profissionais no ambiente de cuidados em UTI, ainda é permeado por um pensar e fazer tradicional e hegemônico, motivado pela mecanização e linearidade das normas e rotinas, concebidas a partir de uma relação sujeito-objeto. Fica evidente também, que existem poucos espaços de discussão e reflexão dialógica, no sentido de repensar as certezas e instigar novas formas de pensar e fazer.

De outro modo, alguns entrevistados sinalizaram que já existem iniciativas que, gradativamente, visam transcender o cuidado pontual e linear no ambiente de UTI, à medida que mencionaram que os horários de visita dos familiares aos pacientes já possuem maior flexibilização, com a ampliação do número de horários e da quantidade de tempo. Em algumas UTIs, o ambiente já foi adaptado para permitir a iluminação natural e visão externa aos pacientes. Há UTI em que, sempre que possível, os pacientes são estimulados a interagirem entre si. Os familiares buscam interagir entre si antes, durante e após os horários de visita e procuram ser solidários uns com os outros. Buscam se conhecer, conversar e se apoiar mutuamente, sobretudo, nos momentos mais difíceis.

Tanto o fato do paciente ficar isolado, quanto o fato do paciente ficar junto com os demais pacientes, em um mesmo espaço na UTI, apresenta vantagens e desvantagens do ponto de vista dos entrevistados. Manter o paciente isolado parece ser mais tranquilo para um paciente de UTI. Entretanto, o ser humano precisa de relações e interações para não se sentir só e poder interagir e conviver com os demais, o que o faz sentir-se vivo. De outro modo, ver outros pacientes numa condição mais grave, mais debilitada e presenciar o óbito dos mesmos, pode ser assustador para um paciente que se encontra numa condição um pouco melhor. Isso tudo indica o quanto o ambiente de UTI é complexo, podendo influenciar e fazer diferença no cuidado e na recuperação dos pacientes, e mostra também a necessidade de se estudar melhor a estrutura física da UTI, vendo o que realmente é melhor para os pacientes.

Entretanto, não basta apenas os familiares interagirem entre si fora do ambiente de UTI antes, durante e após os horários de visita, e os



profissionais se relacionarem bem e interagirem bem entre si dentro da UTI. É preciso que essas interações sejam ampliadas, envolvendo todos os atores que compõe esse ambiente, de forma integrada, o que segundo Morin (2005) requer um pensamento multidimensional, através do qual cada um dos atores desempenha um papel importante, mas os mesmos não devem ser separados, como também não se deve torná-los não comunicantes entre si.

Transmitir informações aos familiares ou realizar a passagem do boletim médico diário aos mesmos, não necessariamente significa que ocorram interações entre os profissionais e familiares, uma vez em que o boletim médico diário faz parte da rotina formal da unidade, ou seja, faz parte do trabalho dos profissionais. Sob esse enfoque, é preciso, gradativamente, repensar a sistematização do cuidado, no sentido de flexibilizar as normas e rotinas.

O ambiente de cuidados em UTI, a partir de uma visão sistêmica, envolve, não apenas relações formais, ou lineares/pontuais entre profissionais, familiares e pacientes, mas também relações informais. E isso requer a aproximação dos profissionais em relação aos pacientes e familiares, não apenas no sentido técnico, mas também no sentido de não tentar fugir dos familiares e evitar o contato e o envolvimento com os mesmos, pois, ao fazerem isso, os profissionais estarão fugindo do próprio cuidado com o paciente no ambiente de UTI, uma vez em que eles mesmos reconhecem a presença e a importância da família no processo de cuidado em relação ao paciente.

Dessa maneira, pode-se dizer que o ambiente de cuidados em UTI é um ambiente complexo, vivo e dinâmico, que envolve relações, interações e associações entre os diversos atores e setores envolvidos, ou seja, entre os profissionais da saúde, gestores, pacientes, familiares e demais profissionais de outras unidades e serviços intra e extra-hospitalar, de forma integrada, para viabilizar um cuidado intensivo circular, dinâmico, singular e multidimensional, motivado pelas interdependências recíprocas. A Figura 10 a seguir, procura ilustrar essa integração circular e sistêmica.

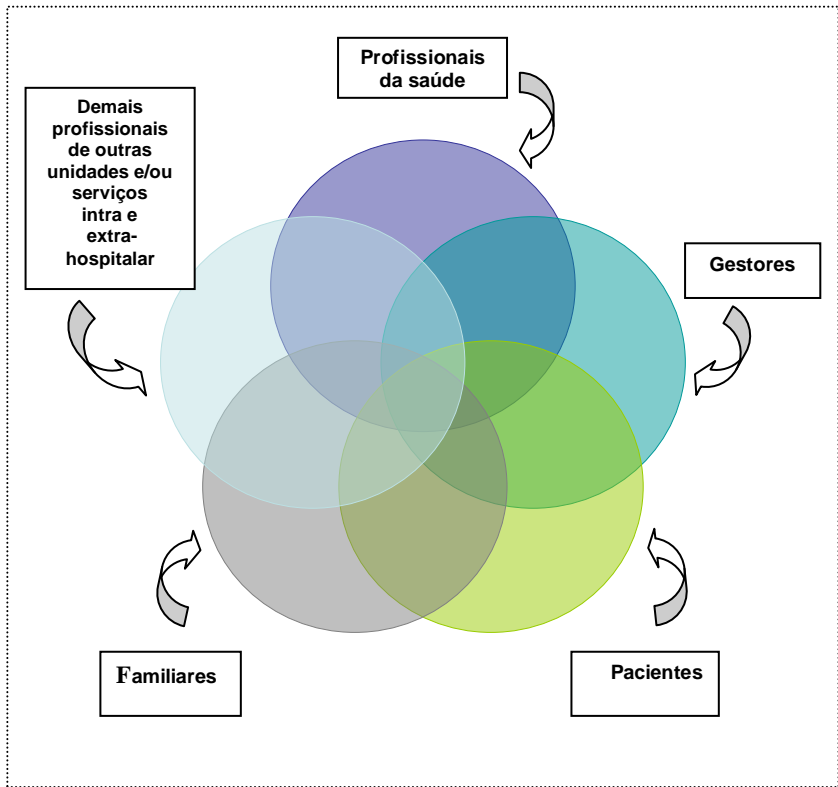


Figura 10: As relações e interações no ambiente de cuidados em UTI

De acordo com Morin (2005), a expectativa de uma melhora nas relações humanas entre as pessoas e consigo mesmo, requer a civilização da própria mente humana e um avanço em direção ao pensamento complexo/sistêmico, compreendido como um pensamento multidimensional. Isso depende, no entanto, de cada ser humano e, na UTI, especialmente, dos profissionais da saúde, de querer e procurar que isso aconteça, bem como, da habilidade e capacidade de potencializar as múltiplas relações e interações que se processam de forma dinâmica, contínua, circular e sistêmica.

Pelo fato de ser um ambiente restrito e motivado pela alta tecnologia, a UTI por si só fomenta relações e interações entre os profissionais, bem como, a possibilidade do trabalho em equipe. Ficou

evidente que, normalmente, os profissionais optam e preferem atuar nesse ambiente pela possibilidade do aprendizado contínuo, por gostarem do trabalho, e pelas intensas e profundas relações profissionais, mesmo que acompanhadas por conflitos.

Da mesma forma, a UTI apresenta também uma grande dependência em relação aos serviços de apoio e em relação às outras unidades do hospital, motivo pelo qual a equipe da UTI precisa se relacionar bem com os mesmos.

Através do pensamento sistêmico, tudo é possível e passível de uma nova organização. Desse modo, compreender o ambiente de cuidados em UTI, significa acolher a circularidade e dinamicidade de ordem-desordem-organização, que continuamente (re)alimentam as relações e interações humanas e profissionais. Significa também, compreender o ser humano como um ser complexo, capaz de, continuamente, auto organizar-se, independentemente das condições e/ou espaço em que se encontra. Significa ainda, lidar e conviver com a ordem e a desordem, negociar com as incertezas, dialogar com as contradições e adversidades, e possibilitar estratégias capazes de instaurar uma nova organização, pela potencialização do “sustentar a vida”.

A promoção de um cuidado interativo e integral, em suma, requer ir além da dimensão técnico-administrativa de um ambiente de UTI, e pensar na articulação das diferentes funcionalidades profissionais, na articulação dos diferentes sistemas institucionais e operacionais e, principalmente, na variedade de relações e interações que configuram o fenômeno cuidado em sua unidade complexa. Significa também, aceitar as contradições que existem e que necessitam ser confrontadas e superadas, sem necessariamente reduzi-las (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2007; BACKES, 2008).

Promover o ambiente de cuidados em UTI, tendo como essência o ser humano, ser uno e complexo, implica, segundo Erdmann et al. (2006), na capacidade do profissional compreender esse mesmo ser como singular, autônomo, diferente e sociável, e que, ao compreendê-lo dessa forma, o profissional estará ampliando o seu campo de visão e dando sentido às interações que podem ser tanto mais intensas, quanto maior a capacidade de diferenciação e potencialização das possibilidades intersubjetivas.



## 8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O nosso ponto de chegada nos leva  
de volta ao nosso ponto de partida”

(Edgar Morin)

Através da presente pesquisa qualitativa, com a utilização do método Grounded Theory, foi possível construir a teoria substantiva “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, que é uma teoria fundamentada em dados de pesquisa, delimitada por 08(oito) categorias, assim denominadas: Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (categoria central); Cuidando e monitorando o paciente continuamente; Utilizando tecnologia adequada e diferenciada; Proporcionando um ambiente adequado; Tendo familiares com preocupação; Mediando facilidades e dificuldades; Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade e, Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte.

“Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, além de ser designada como a teoria substantiva, também é considerada a categoria central, ou o fenômeno central, porque apresenta o tema principal da pesquisa, se relaciona com as demais categorias e integra as mesmas umas às outras, baseado no mecanismo analítico denominado paradigma preconizado pelo método utilizado, que possibilita 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.

As Condições causais representam fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos. Assim, na UTI, a internação de pacientes graves e instáveis impulsiona os profissionais ao cuidado e monitoramento contínuo desses pacientes, com o auxílio de tecnologia diferenciada.

O Contexto compreende um conjunto de condições específicas, relacionadas ao ambiente propriamente dito da UTI, ou seja, ao espaço físico e à presença de familiares com preocupação, e que criam as circunstâncias frente às quais os profissionais respondem por meio de ações e interações, ou até mesmo, evitando as interações.

A categoria “Mediando facilidades e dificuldades” é constituída pelas condições facilitadoras e dificultadoras que são as condições intervenientes que fazem parte das condições estruturais da UTI e que precisam da mediação dos profissionais que atuam nesse ambiente.

“Organizando o ambiente e gerenciando a dinâmica da unidade” caracteriza-se como uma importante estratégia de ação frente à recuperação da saúde dos pacientes internados na UTI. Refere-se ao cuidado do próprio ambiente que precisa ser favorável, organizado e limpo, a fim de promover um cuidado intensivo, qualificado, humanizado e seguro aos pacientes, com a atuação dos diversos profissionais envolvidos, realizando o trabalho em equipe. Também diz respeito ao reconhecimento da presença e importância da família no cuidado oferecido ao paciente.

A categoria “Encontrando dificuldades para aceitar e lidar com a morte” foi evidenciada como consequência da teoria “Sustentando a vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”, e mostra o quanto os profissionais de saúde da UTI apresentam-se impotentes, frustrados e angustiados com o mau prognóstico e a perda dos pacientes, principalmente, os médicos. Também mostra o quanto os profissionais ficam sensibilizados e sofrem com o sofrimento dos pacientes, de modo especial, os profissionais de enfermagem. Além disso, também constata a dificuldade que os profissionais de medicina e enfermagem apresentam quando precisam se deparar com a família para comunicar que o paciente morreu.

Em resposta às perguntas o que significa o ambiente do cuidado e o que significa o ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, experienciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio e, tendo alcançado os objetivos de compreender o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, experienciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, profissionais dos serviços de apoio, bem como para pacientes e familiares, assim como, construir um modelo teórico sobre o ambiente

de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 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 internados nessa unidade. 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”.

A partir dos resultados encontrados nesse estudo e dos aspectos discutidos sobre o ambiente de cuidados em UTI, foram elaboradas as seguintes recomendações que visam contribuir para as melhorias nos ambientes das UTIs em geral, a fim de se oferecer uma assistência mais qualificada aos pacientes graves que necessitam de cuidados intensivos, estendendo o mesmo também às suas famílias, sem esquecer o cuidado com o próprio trabalhador:

- É importante atentar-se para que todo paciente seja visto como ser humano multidimensional e, sempre que possível, seja tratado de forma humanizada por parte de todos os profissionais da saúde e enfermagem;
- Buscar uma solução técnica para viabilizar e possibilitar a comunicação não verbal com os pacientes que não conseguem se comunicar verbalmente;
- Seria interessante se tivesse um relógio nos boxes onde ficam os pacientes, que ficasse visível aos mesmos;
- Poderia ter, em alguns momentos, uma música suave na UTI, fotos dos pacientes, entre outras tantas sugestões que já foram descritas no decorrer do presente estudo;
- Torna-se necessário acolher bem as famílias e conversar mais com elas, fazendo com que as mesmas se sintam bem na UTI;
- Tentar desmistificar o ambiente assustador de UTI para os familiares ao mostrar a UTI aos mesmos e explicar como ela funciona;

- Procurar levar o familiar para o leito do paciente e explicar como funcionam os aparelhos e para que servem;
- Tornar mais flexíveis os horários de visita dos familiares aos pacientes;
- Permitir um maior tempo de permanência dos familiares junto aos pacientes e fazer com que os mesmos também participem mais;
- Buscar a interação efetiva entre profissionais da saúde/enfermagem e familiares, não apenas quando há chance de recuperação dos pacientes, mas em qualquer situação em que os pacientes se encontram, mesmo em fase terminal;
- Apoiar os profissionais da saúde e enfermagem da UTI, oferecendo apoio psicológico aos mesmos;
- Trabalhar a questão da morte com os profissionais, visando a humanização no ambiente da UTI em relação ao trabalhador, e também em relação ao paciente e familiares porque, uma vez em que os profissionais da saúde e enfermagem souberem lidar melhor com essa situação, provavelmente também deixarão de fugir tanto do envolvimento e das interações com os familiares e pacientes;
- Procurar trabalhar de forma interdisciplinar, buscando a participação de todos os profissionais de saúde da UTI nas decisões que lhes competem, em relação aos pacientes;
- Promover mais encontros e discussões entre todos os profissionais da saúde e enfermagem da UTI sobre a problemática do limite do viver e do manter a vida em condições extremas;
- Proporcionar maior apoio e autonomia aos enfermeiros na UTI 3, especialmente, no que se refere à humanização da unidade;



- Procurar tornar os ambientes de UTI mais agradáveis e aconchegantes, através das cores, músicas suaves e redução dos ruídos.

Essas medidas podem e devem ser adotadas por todos os profissionais da saúde e enfermagem que atuam em UTI, com o apoio da instituição. São medidas relativamente simples e que não envolvem grandes custos, mas que podem contribuir muito para tornar o ambiente de cuidados em UTI mais humano e acolhedor, especialmente, para os pacientes e seus familiares, que se encontram fragilizados e necessitam ser cuidados e acolhidos.

O ambiente de cuidados em UTI não deve ser um ambiente frio e hostil que se reduz apenas ao fazer técnico e a um espaço físico que comporta uma tecnologia diferenciada e profissionais para assistir os pacientes, e onde a máquina lidera as ações e o cuidado. Pelo contrário, o ambiente de cuidados em UTI, assim como o de outros ambientes de cuidado, tem a ver, sobretudo, com as pessoas, ou seja, com os profissionais envolvidos, com os pacientes e seus familiares, à maneira como se relacionam e interagem entre si, ao cuidado que uns têm com os outros, fazendo com que todos se sintam parte do ambiente e do processo de cuidados oferecido aos pacientes. De outro modo, pode se dizer que, ter um ambiente de cuidados em UTI que seja favorável, agradável e acolhedor, depende, em grande parte, das relações, interações e associações entre as pessoas que integram o mesmo.

Assim, tornar o ambiente de UTI agradável e acolhedor, depende de todos os profissionais que atuam nesse ambiente e, principalmente, dos profissionais enfermeiros, porque o enfermeiro, enquanto líder e articulador da equipe de enfermagem e equipe de saúde, bem como, sendo considerado gerenciador da unidade, desempenha um papel muito importante em relação ao ambiente de cuidados em UTI, em todos os sentidos, mas principalmente, no que se refere à humanização do ambiente, à segurança e cuidados de enfermagem com o paciente, ao acolhimento das famílias, à harmonia entre a equipe e na unidade, porque ele também foi citado como sendo quem realiza a intermediação de tudo na unidade.

Os resultados alcançados apontam subsídios valiosos para a melhoria da assistência no ambiente de cuidados em UTI; para tornar o

ambiente da UTI mais humanizado, especialmente para os pacientes e seus familiares e, para a formação dos profissionais da saúde em geral, especialmente, para aqueles que pretendem atuar em UTI. Da mesma forma, também representa subsídios para a formação a nível de Pós-Graduação, especialmente, no que diz respeito ao referencial metodológico e teórico.

O estudo realizado não buscou responder todas as questões levantadas. Mas, de outro modo, procurou trazer à tona os elementos que compõe o ambiente de cuidados em UTI, na tentativa de buscar oferecer um discernimento maior ao melhorar o entendimento em relação ao mesmo, mostrando potencialidades e fragilidades que fazem parte da dinâmica da unidade.

Nesse sentido, o estudo realizado serve de inspiração para outras perspectivas de pesquisa. Assim, aponta-se algumas sugestões e/ou questionamentos que poderão orientar outros estudos a serem desenvolvidos, tais como:

- O que falta para os Enfermeiros para eles desempenharem efetivamente a liderança no ambiente de UTI e envolver-se de uma forma mais comprometida nos processos decisórios, como na construção e reforma das UTIs, no gerenciamento adequado da escala de trabalho da equipe de enfermagem, questões que envolvem treinamentos e capacitações para os funcionários da UTI, questões relacionadas à humanização do ambiente, entre outros?
- Estudos que despertem para a importância de se cuidar adequadamente dos resíduos hospitalares, do seu armazenamento, separação e acondicionamento no ambiente da UTI, envolvendo todos os profissionais, bem como, estudos sobre os cuidados com a ventilação, os ruídos e a iluminação;
- De que forma diminuir os ruídos nas UTIs?

- O que é um bom cuidado em UTI e o que não é um bom cuidado em UTI?
- Estudos que mostrem quais as informações que a equipe de enfermagem transmite aos familiares e quais as informações que a equipe de enfermagem evita transmitir aos familiares e, por que a enfermagem deixa, quase que exclusivamente para os médicos a passagem de informações sobre o paciente para os familiares?
- Por que os profissionais de saúde da UTI “fogem” tanto dos familiares dos pacientes internados na UTI?
- O que fazer para que haja uma maior flexibilização do acesso dos familiares aos pacientes internados na UTI, incluindo a ampliação dos horários de visita?
- O que fazer para que os familiares participem mais no processo de cuidado ao paciente internado na UTI?
- Estudos sobre o cuidado orientado para as famílias;
- Como promover uma interação mais efetiva entre os profissionais de saúde da UTI e os pacientes e seus familiares?
- Como trabalhar de forma interdisciplinar na UTI, envolvendo a participação de todos os profissionais nas decisões que lhes competem, em relação aos pacientes?
- Estudos sobre os indicadores de saúde na UTI;
- O que fazer para que haja uma melhor integração entre os médicos assistentes e os profissionais de saúde das UTIs, considerando a função dos médicos assistentes?

- Levantar os aspectos envolvidos com a indicação de internação de pacientes na UTI, considerando as reais necessidades dos pacientes e os benefícios aos mesmos;
- Estudos sobre o significado do cuidado de pacientes com morte encefálica internados na UTI, para os profissionais de saúde da UTI;
- Estudos sobre como lidar com o limite entre a vida e a morte de pacientes internados na UTI.

## REFERÊNCIAS

AKANSEL, N.; KAYMAKÇI, S. Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. **Journal Clinical Nursing**, v.17, n.12, p.1581-1590, Jun, 2008.

ALMEIDA, A.S.; ARAGÃO, N.R.O.; MOURA, E.; LIMA, G.C.; HORA, E.C.; SILVA, L.A.S.M. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.6, p.844-849, nov/dez, 2009.

ALMERUD, S.; ALAPACK, R.J.; FRIDLUND, B.; EKEBERGH, M. **Nursing Critical Care**, v.12, n.3, p.151-158, May/Jun, 2007.

ALVES, M.; MELLO, R.A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. **Ciência cuidado saúde**, Maringá, v.5, n.3, p.299-308, set./dez, 2006.

AYRES, A.V.; FERREIRA, M.A.; ALVIM, N.A.T.; FARIA, P.G. O resgate das práticas naturais no cuidado. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. (Org.). **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2006. 487p. p.421-440.

BACKES, D.S. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo, com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. 2004. 179f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2004a.

BACKES, D.S.; DDINE, S.C.; OLIVEIRA, C.L.; BACKES, M.T.S. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. **Nursing**, São Paulo, v.6, n.66, p.37-42, Nov, 2003.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.40, n.2, p.221-227, 2006a.

BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.1, p.132-135, 2006b.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; SOUZA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. O papel do enfermeiro no contexto hospital: a visão de profissionais de saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.7, n.3, p.319-326, 2008.

BACKES, D.S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BACKES, D.S. Cuidado ecológico: o significado para os profissionais de um hospital geral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.2, p.183-191, 2009.

BACKES, M.T.S. **O baixo peso ao nascer em recém-nascidos de mães residentes nas comunidades próximas ao parque industrial do município de Rio Grande/RS: um estudo de casos e controles**. 2004. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2004b.

BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K..O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.1, p.117-122, 2006.

BECCARIA, L.M.; RIBEIRO, R.; SOUZA, G.L.; SCARPETTI, N.; CONTRIN, L.M.; PEREIRA, R.A.M; RODRIGUES, A.M.S. Visita em unidades de terapia intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arquivo Ciência Saúde**, v.15, n.2, p.65-69, abr/jun, 2008.

BERGAMINI, A.C.A.G. **Humanização em uma UTI Adulto do Distrito Federal**. 2007. 166f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília: Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília.

BERTALANFFY, L.V. **Teoria Geral dos Sistemas**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1979.

BETTINELLI, L.A.; ERDMANN, A.L. Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v.3, n.22, p.23-33, 1998.

BETTINELLI, L.A.; ROSA, J.; ERDMANN, A.L. Internação em unidade de terapia intensiva: experiência de familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.3, p.377-384. 2007.

BICALHO, F.C. Planejamento físico de UTIs. Palestra proferida no dia 21 de outubro de 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/somasus/UTI.pdf>. Acesso em: 29 dezembro 2010.

BITENCOURT, A.G.V.; NEVES, F.B.C.S.; DANTAS, M.P.; ALBUQUERQUE, L.C.; MELO, R.M.V.; ALMEIDA, A.M.; AGARENO, S.; TELLES, J.M.M; FARIAS, A.M.C.; MESSEDER, O.H. Análise de estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, n.1, 53-59, jan/mar, 2007.

BITTAR, D.B.; PEREIRA, L.V.; LEMOS, R.C.A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.4, p.617-628, out/dez, 2006.

BOCCANERA, N.B.; BOCCANERA, S.F.B.; BARBOSA, M.A. As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.40, n.3, p.343-349, set, 2006.

BOFF, L. **Ecologia**: grito da terra, grito dos pobres. Rio de Janeiro: Sextante, 2004a.

\_\_\_\_\_. Identidade e complexidade. In: CASTRO G. **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997, p.61-74.

\_\_\_\_\_. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 11. ed., Petrópolis: Vozes, 2004b. 199p.

BOOTH, R.Z. The nursing shortage: a worldwide problem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.3, p.392-400, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. 2010a. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf>. Acesso em 15/12/2010. Acesso em: 15 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC/ANVISA nº 50 de 21 de fevereiro de 2002a. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf). Acesso em: 15 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC/ANVISA nº 307 de 14 de novembro de 2002b. Altera a Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/307\\_02rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/307_02rdc.htm). Acesso em: 15 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC/ANVISA nº 189 de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/75.pdf>. Acesso em: 15 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1986.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde/Ambiência. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/170\\_ambiencia.html](http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/170_ambiencia.html). Acesso em: 03 dezembro 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Alta Complexidade. Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>. Acesso em: 03 dezembro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Rede de gestão do cuidado ao paciente crítico**: caderno do curso. São Paulo, 2009. 65p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_curso\\_cuidado\\_pacientecritico.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_curso_cuidado_pacientecritico.pdf). Acesso em: 23 dezembro 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios, com relação à política de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº. 687 de 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf). Acesso em: 04 abril 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.071 de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Publicação no Diário Oficial da União de nº. 130 de 8 de julho de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196. Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRYKCZYNSKA, G. A brief overview of the epistemology of caring. In: \_\_\_\_\_. (ed.) **Caring: the compassion and wisdom of nursing**. San Diego: Singular Publishing Group, 1997. p.1-9.

BÜSCHER, A. **Negotiating Helpful Action: A substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal Care**. 2007. 195p. Thesis (Academic Dissertation). Department of Nursing Science, University of Tampere, Finland.

CAMPOGARA, S.; KIRCHHOF, A.L.C.; RAMOS, F.R.S. A Relação Enfermagem e Ecologia: abordagens e perspectivas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.14, n.3, p.398-404, 2006.

CAPRA, F. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. 5. ed. (Tradução: Marcelo Brandão Cipolla). São Paulo: Cultrix, 2005. 296p.

\_\_\_\_\_. **Ecologia profunda – um novo paradigma**. In: CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1995. p.23-29.

CASARINI, K.; BASILE-FILHO, A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p.69-73, jan/mar, 2005.

CASSATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.13, n.1, p.105-11, jan/fev, 2005.

CASSIANI, S.H.B. **Buscando significado para o trabalho: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras**. 1994. 197p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

CASSIANI, S.H.B.; ALMEIDA, A.M. Grounded Theory Methodology: the data collection and qualitative data analysis. **Cogitare Enfermagem**, v. 4, n.2, p.13-21, 1999.

CHIAVENATO, I. **Introdução a Teoria Geral dos Sistemas: Uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CORBIN, J.; HILDENBRAND, B. Qualitative Forschung. In: ALTHOFF, R.; SCHAEFFER, D. **Handbuch Pflegewissenschaft**, München: Juventa, p.159-184, 2003.

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface comunicação Saúde educação**, v.13, supl.1, p.571-580, 2009.

CURTIS, J.R.; VICENT, J.L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. **Lancet**, 16, v.376, n.9749, p.1347-1353, Oct, 2010.

DANJOUX METH, N.; LAWLESS, B.; HAWRYLUK, L. Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. **Intensive Care Medicine**, v.35, n.12, p.2068-2077, Dec, 2009.

ERDMANN, A.L; BACKES, D.S; MINUZZI, H. Care management in nursing under the complexity view. **Online Brazilian Journal Nursing**, v.7, n.1, 2007. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1033>.  
Access: 29 December 2010.

ERDMANN, A.L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Florianópolis: Editora Universitária – UFPel, 1996.

ERDMANN, A.L.; SOUZA, F.G.M.; BACKES, D.S.; MELLO, A.L.S.F. Compreendendo o sistema de cuidados sob o olhar da complexidade. **Revista Panamericana de Enfermería**, v.3, n.2, p.108-113, 2006.

ERDMANN, A.L.; SOUZA, F.G.M.; BACKES D.S.; MELLO, A.L.S.F. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2, p.180-185, 2007.

FERNANDES, H.S.; PULZI JÚNIOR, S.A.; COSTA FILHO, R. Qualidade em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.1, p.37-45, 2010.

FERRAREZE, M.V.G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A.M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.3, p.310-315, jul/ago, 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. Apresentação. In.: \_\_\_\_\_ (Org.). **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2006. 487p. p.xxi.

GARCIA, T.R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. 256p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GEOVANNI, T. Diagnóstico do ambiente: o espaço do corpo. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. (Org.). **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2006. 487p. p.129-147.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. Aldine de Gruyter, 1967.

GUTIERREZ, B.A.O. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva**. 2003. 228p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HWEIDI, IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. **Intensive Journal Nursing Study**, v.44, n.2, p.227-235, Feb, 2007.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.39, n.4, p.423-429, dez, 2005.

JUNGES, J.R. **Ética ambiental**. São Leopoldo: Unisinos, 2004. p.50-82.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; DRAGO, L.C.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L. O significado de cuidado ecológico para estudantes e docentes da saúde: estudo qualitativo. **Online Brazilian journal Nursing** (Online), v.9, n.1, abr, 2010.

KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Responsabilidade ética como princípio básico para o cuidado. In.: Sousa, F.G.M.; KOERICH, M.S. (Orgs.). **Cuidar – cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Papa-livro, 2008. 109p. p.59-75.

KUTASH, M.; NORTHROP, L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. **Journal Advanced Nursing**, v.60, n.4, p.384-388, Nov, 2007.

LACY, M.L. **O poder das cores no equilíbrio dos ambientes**. 2. ed., São Paulo: Pensamento, 2000. 144p.

LAM SOH, K.; GEOK SOH, K.; AHMAD, Z.; RAMAN, R.A.; JAPAR, S. Perception of intensive care unit stressors in Malaysian Federal Territory hospitals. **Contemp Nursing**, v.31, n.1, p.86-93, Dec, 2008.

LEAL, G.J. **La Autonomia del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación**. Venezuela: LITORAMA, 2005.

LEITÃO, I.M.T.A.; FERNANDES, A.L.; RAMOS, I.C. Saúde Ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado Saúde**, v.7, n.4, p.476-484, out/dez, 2008.

MACEDO, I.S.C.; MATEUS, D.C.; COSTA, E.M.G.C; ASPIRINO, A.C.L.; LOURENÇO, E.A. Avaliação do ruído em unidades de terapia intensiva. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**, v.75, n.6, p.844-846, nov/dez, 2009.

MACHADO, K.D.G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W.S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, v.1, n.1, p.34-42, 2007.

MAIA, A.R.; VAGHETTI, H.H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In.: Sousa, F.G.M.; KOERICH, M.S. (Orgs.). **Cuidar – cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Papa-livro, 2008. 109p. p.15-33.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n.1, p.17-25, abr, 2004.

MARQUES, R.C.; SILVA, M.J.P.; MAIA, F.O.M. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.91-95, jan/mar, 2009.

MARQUES, S.M.; BRITO, K.C.G.; FERNANDES, C.M.; VIEIRA, A.G. Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v.12, n.4, p.469-476, out/dez, 2008.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; GARANHANI, M.L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciência Enfermagem**, v.15, n.3, p.45-53, 2009.

MARUITI, M.R.; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.37-43, 2007.

McCLENDON, H.; BUCKNER, E.B. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. **Dimens Critical Care Nursing**, v.26, n.5, p.199-206, Sep/Oct, 2007.

MELO, E.C.P.; FIGUEIREDO, N.M.A. O ambiente e os processos de restauração. In.: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.). **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. 528p. p73-97.

MERCÊS, C.A.M.F.; ROCHA, R.M. Teoria de Paterson e Zederad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.14, n.3, p.470-475, jul/set, 2006.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002. 189p.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MOBIN, M.; SALMITO, M.A. Microbiota fúngica dos condicionadores de ar nas unidades de terapia intensiva de Teresina, PI. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.39, n.6, p.556-559, nov-dez, 2006.

MOREIRA, M.L.; CASTRO, M.E. Percepção dos pacientes em unidades de terapia intensiva frente à internação. **Revista RENE**, v.7, n.1, p.75-83, jan/abr, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: reformar a reforma reforça o pensamento**. 10. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. 9. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo.** Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

\_\_\_\_\_. **O homem e a morte.** (Tradução de Cleone Augusto Rodrigues). Rio de Janeiro: Imago, 1997. 356p.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2000.

\_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 3. ed., São Paulo: Cortez; Brasília (DF): UNESCO, 2001.

NAGL-CUPAL, M.; SCHNEPP, W. Angehörige auf Intensivstationen: Auswirkungen und Bewältigung. Eine Literaturübersicht über qualitative Forschungsarbeiten. **Pflege**, v.23, n.2, p.69-80, 2010.

NASCIMENTO, E.R.P.; MARTINS, J.J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**, São Paulo, v.3, n.29, p.26-30, 2000.

NASCIMENTO, M.A.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; HANDEM, P.C.; ROCHA, R.G. O ambiente e a saúde do corpo. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. (Org.). **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem.** São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2006. 487p. p.19-58.

NETO, C.; SHALOF, T.; COSTELLO, J. Critical care nurses' responses to patient photographs displayed at the bedside. **Heart Lung**, v.35, n.3, p.198-204, May/June, 2006.

NYDAHL, P. Raumgestaltung und visuelle Stimulation auf Intensivstationen. Meyer -Friesacher – Lange. **Handbuch der Intensivpflege**, 16. Erg. Lfg, p.1-8, Jun, 2004.

OLIVEIRA, B.R.G.; LOPES, T.A.; VIERA, C.S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, vol.15, n.especial, p.105-113, 2006.



OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIEIRA, C.S. A humanização na assistência a saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.2, p.277-284, 2006.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L. Exposição ao ruído tecnológico em CTI: estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p.24-30, jan/mar, 2009.

PINA, R.Z.; LAPCHINSK, L.F.; PUPULIM, J.S.L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado Saúde**, v.7, n.4, p.503-508, out/dez, 2008.

PORTO, I.S.; FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, R.C.L.; ROCHA, R. Cuidado em UTI: repensando um paradigma. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. 2. ed. Revisada e atualizada. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009a. 332p. p.75-95.

PORTO, I.S.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L.; SILVA, V.R.F.; MEIRELES, I.B.; JANUÁRIO, V.F. Técnicas e tecnologias para cuidar em terapia intensiva. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. 2. ed. Revisada e atualizada. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009b. 332p. p.123-195.

PROSS-LÖHNER, C. **Umfeldoptimierung für Patient, Pflegepersonal und Angehörige: Architektur im Intensivbereich - Teil 2**. Verfügbar in: [http://www.zwai.net/pflege/intensiv/journal/intensivpflege/architektur\\_im\\_intensivbereichteil2](http://www.zwai.net/pflege/intensiv/journal/intensivpflege/architektur_im_intensivbereichteil2). Zugang in: 13\_Januar 2011.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; ALVES E SOUZA, A.M.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p.276-283, abr/jun, 2007.

RAY, M. The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. **Nursing Administration Quarterly**, v.3, p.1-42. 1989.

ROBAZZI, M.; XELEGATI, R. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.3, p.66-69, 2003.

SALÍCIO, D.M.B.; GAIVA, M.A.M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p.370-376, 2006.

SALOMÉ, G.M.; ESPÓSITO, V.H.C.; SILVA, G.T.R. The nursing Professional in an intensive therapy unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.2, p.294-299, 2008.

SANTIAGO, P.S.N. **Reanimação cardiopulmonar: habilidades afetivas da equipe de enfermagem em terapia intensiva**. 2006. 108p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SANTOS, K.M.A.B.; SILVA, M.J.P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, p.61-66, jan/fev, 2006.

SANTOS, S.R.; NÓBREGA, M.M.L. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.5, p.575-579, 2002.

SHIMADA, A.T.U.; SILVA, M.J.P. Paciente com e sem condições de verbalizar: qual a preferência dos auxiliares de enfermagem ao prestar cuidados integrais? **Acta Paulista de Enfermagem**, v.16, n.2, p.49-55, abr/jun, 2003.

SILVA, C.R.L.; PORTO, I.S.; MEIRELES, I.B.; FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, R.C.L. Unidade de terapia intensiva – UTI. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. 2. ed. Revisada e atualizada, São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009. 332p. p.1-42.

SILVA, F.S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.2, p.230-235, abr/jun, 2010.

SILVA, G.F.; SANCHES, P.G.; CARVALHO, M.D.B. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v.11, n.1, p.94-98, jan/mar, 2007.

SILVA, M.C.M. **Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, R.F.; ERDMANN, A.L. Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.11, n.3, p.72-82, set/dez, 2002.

SOUSA, L.B.; BARROSO, M.G.T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.1, p.181-187, jan/mar, 2009.

SOUZA, F.G.M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 307f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa**: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, 2002. 323p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research**: grounded theory - procedures and techniques (Traduzido para o alemão em 1996). California: Sage Publication, 1990.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. (Tradução Luciane de oliveira da Rocha). 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

STUMM, E.M.F.; KUHN D.T.; HILDEBRANDT, L.M.; KIRCHNER, R.M. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p.499-506, out/dez, 2008.

VARGAS, L.A. Enfermagem e a questão ambiental. In.: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.). **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. 528p. p11-23.

WALAU, R.A.; GUIMARÃES, H.P.; FALCÃO, L.F.R.; LOPES, R.D.; LEAL, P.H.R.; SENNA, A.P.R.; ALHEIRA, R.G.; MACHADO, F.R.; AMARAL, J.L.G. Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva: qual a visão dos familiares? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.1, p.45-51, jan/mar, 2006.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006. 190p.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE A**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**





## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Marli Terezinha Stein Backes, juntamente com a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann, gostaríamos de convidá-la(o) para participar da pesquisa intitulada: O AMBIENTE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE, cujo objetivo é compreender o significado do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, experienciado pelos profissionais que atuam nessa unidade, gestores, pacientes, familiares e profissionais dos serviços de apoio, com vistas à construção de ambientes mais saudáveis.

Este estudo é importante porque visa discutir o ambiente do cuidado, a partir das interações, associações e reverência à vida, considerando as suas condições, espaço, tempo, organização, ambiente.

Caso você aceite, sua participação na pesquisa ocorrerá por meio da permissão em ser observado pelo pesquisador em seu ambiente de trabalho, e ainda, será através de uma entrevista em profundidade, com algumas questões norteadoras, que serão aprofundadas no decorrer da investigação.

Pretendemos não expô-la(o) a riscos e o maior benefício será a melhoria das práticas de cuidado nos ambientes de cuidado das Unidades de Terapia Intensiva, e uma maior e melhor interação com o ambiente ecológico ou natural, além da construção de conhecimentos sobre ambientes saudáveis.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificada(o) e os dados da entrevista ficarão sob a guarda das pesquisadoras, sendo utilizados para esse estudo e na forma de depoimentos codificados. O material coletado durante a observação e entrevista poderá ser acessado sempre que desejar, mediante solicitação.

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência na participação do estudo não implicarão em sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Se você necessitar de mais esclarecimentos ou durante o estudo não quiser mais fazer parte do mesmo, sinta-se à vontade para entrar em contato com as pesquisadoras, pessoalmente, pelos telefones: (48)9979-1328, ou pelo e-mail: [marli.backes@bol.com.br](mailto:marli.backes@bol.com.br), sem prejuízo algum.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa serão respeitados, conforme determina a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

---

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecida(o) sobre a natureza e objetivo da pesquisa, consinto minha participação voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Pesquisador principal: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

**Relatório do Doutorado Sanduíche realizado na  
*Universität Bielefeld* – Alemanha**



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

**RELATÓRIO DO DOUTORADO SANDUÍCHE REALIZADO  
NA *UNIVERSITÄT BIELEFELD* - ALEMANHA**

**Dda. Marli Terezinha Stein Backes  
Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**

**Florianópolis, Julho de 2010**



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>337</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>339</b>
2.1	OBJETIVO PRINCIPAL DO DOUTORADO SANDUÍCHE	339
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	339
<b>3</b>	<b>A UNIVERSITÄT BIELEFELD DA ALEMANHA</b>	<b>341</b>
3.1	FACULDADES NA UNIVERSITÄT BIELEFELD	341
<b>4</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>343</b>
4.1	ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS	343
4.2	PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DO GRUPO DE PESQUISA AG6	344
4.3	PARTICIPAÇÃO EM DISCIPLINAS REGULARES	346
4.3.1	Disciplina: <i>Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft</i>	346
4.3.2	Disciplina: <i>Masterkolloquium</i>	347
4.4	PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS	348
4.5	TROCA DE EXPERIÊNCIAS	349
4.6	RECONHECIMENTO DE UMA CLÍNICA DE IDOSOS	350
4.7	RECONHECIMENTO DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE	351
4.7.1	Estágio realizado nas UTIs do Hospital <i>Klinikum Mitte</i>	353
4.8	Assistindo o jogo de futebol da Alemanha na Copa do Mundo na <i>Universität Bielefeld</i>	354
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>355</b>
<b>6</b>	<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>357</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	<b>359</b>





## **1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**Doutoranda:** Marli Terezinha Stein Backes

**Processo Número:** Bolsa CAPES PDEE BEX 4657/09-8

**Modalidade:** Doutorado Sanduíche no Exterior – SWE

**Instituição:** *Universität Bielefeld* – Alemanha

**Professor Orientador:** Dr. Andreas Büscher

**Vigência da Bolsa:** 01/02/2010 a 31/05/2010 e mais 30(trinta) dias por conta própria, totalizando 05(cinco) meses de Estágio de Doutorando na Alemanha



## 2 – OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO PRINCIPAL DO DOUTORADO SANDUÍCHE

Integrar e conhecer as atividades do Instituto de Ciências do Cuidado de Enfermagem da *Universität Bielefeld* na Alemanha, bem como, ampliar o campo de visão sobre a atuação da enfermagem a nível internacional.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer parte do Grupo de Pesquisa do Orientador – “Ciências do Cuidado”;
- Conhecer os Projetos de Pesquisa do Orientador da Alemanha;
- Elaborar trabalhos científicos para publicação a partir da temática da Tese e do Projeto de Pesquisa em curso em conjunto com a Orientadora Brasileira e o Orientador Alemão;
- Participar de Seminários, Eventos Científicos, Congressos e outros, da área de enfermagem e/ou saúde do Instituto Ciências do Cuidado da *Universität Bielefeld* na Alemanha;
- Conhecer a realidade da saúde na Alemanha, mediante visitas, observações e leituras de dados informativos;
- Discutir e validar os dados da Pesquisa referente à Tese de Doutorado, junto com o Professor Orientador no Instituto de Ciências do Cuidado da *Universität Bielefeld* na Alemanha.



### 3 A UNIVERSITÄT BIELEFELD DA ALEMANHA

A *Universität Bielefeld* possui como ênfase o trabalho interdisciplinar, tanto na pesquisa quanto no ensino, motivo pelo qual essa Universidade está classificada entre as maiores e mais reconhecidas Universidades alemãs, e funciona como Centro de pesquisa Interdisciplinar.

Trata-se de uma instituição alemã relativamente jovem. Com 25(vinte e cinco) anos de existência ela possui, atualmente, 17.500(dezessete mil e quinhentos) estudantes, em 82(oitenta e dois) Cursos, provenientes de diversos países e distribuídos em 13(treze) Faculdades, que são o corpo básico da investigação e ensino. As Faculdades e os diferentes Institutos de ensino e pesquisa permitem uma ampla possibilidade para a cooperação interdisciplinar.

#### 3.1 FACULDADES NA UNIVERSITÄT BIELEFELD

- ▶ [Fakultät für Biologie](#)
- ▶ [Fakultät für Chemie](#)
- ▶ [Fakultät für Erziehungswissenschaft \(ehem.Pädagogik\)](#)
- ▶ [Fakultät für Geschichtswissenschaft, Philosophie und Theologie](#)
  - Abteilung [Geschichtswissenschaft](#)
  - Abteilung [Philosophie](#)
  - Abteilung [Theologie](#)
- ▶ [Fakultät für Gesundheitswissenschaften](#)
- ▶ [Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft](#)
  - Abteilung [Kunst und Musik](#)
- ▶ [Fakultät für Mathematik](#)
- ▶ [Fakultät für Physik](#)
- ▶ [Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft](#)
- ▶ [Fakultät für Rechtswissenschaft](#)
- ▶ [Fakultät für Soziologie](#)
- ▶ [Technische Fakultät](#)
- ▶ [Fakultät für Wirtschaftswissenschaften](#)



## 4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O primeiro encontro com o Professor Orientador da *Fakultät für Gesundheitswissenschaften* e *Institut für Pflegewissenschaft* da *Universität Bielefeld* foi realizado no dia 09 de fevereiro de 2010. Nesse primeiro encontro, foi feito o reconhecimento de todas as dependências da Universidade (Figura 1).



Figura 1: Primeiro encontro na Universität Bielefeld - 09 de fevereiro de 2010

### 4.1 ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS

Os encontros para orientações individuais com o Dr. Andreas Büscher foram realizadas periodicamente, tendo sido planejados no início do Doutorado Sanduíche. Nesses encontros foram discutidos temas, tais como: Sistema de saúde da Alemanha, desenvolvimento da enfermagem na Alemanha e no Brasil, o referencial metodológico utilizado na tese de doutorado, dentre outros. Destaca-se o conhecimento aprofundado e reconhecido sobre o método Grounded Theory do professor Dr. Andreas. No período em que estive sob a sua

orientação, o mesmo foi convidado a proferir palestras sobre diversas temáticas, em vários eventos científicos no país e no Exterior.

Pela sua competência científica, comprometimento e dinamismo, o professor Dr. Andreas é amplamente reconhecido na área acadêmica e possui uma influência nas mais diferentes frentes de trabalho da universidade e um envolvimento exemplar nas políticas públicas sociais e de saúde. Em suas orientações, o Dr. Andreas Büscher sempre se mostrou muito aberto, acolhedor e prestativo.

#### 4.2 PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DO GRUPO DE PESQUISA AG6

O encontro com os integrantes do Grupo de Pesquisa “AG6 – *Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft*” aconteceu regularmente, uma vez por mês. Através do planejamento das atividades realizado no início do semestre, alguns professores integrantes do grupo se comprometeram a apresentar um tema específico relacionado à sua área de investigação em cada encontro, sendo que as temáticas para cada encontro foram agendadas no primeiro encontro, e esses professores enviaram material para leitura sobre a temática para os demais integrantes do grupo, por E-mail, antes de cada encontro, para que cada integrante fizesse a leitura do material e trouxesse para a discussão os pontos de interesse. Diversos projetos da ciência da enfermagem foram apresentados e discutidos, como: análise do transtorno da Incontinência em adultos; possibilidades de viver saudável de idosos, entre outros.





Figura 2: Integrantes do Grupo de Pesquisa AG6: *Versorgungs-forschung und Pflegewissenschaft* – junho de 2010

Na fotografia acima (Figura 2), podem ser visualizados alguns integrantes do Grupo de Pesquisa “AG6 – *Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft*”. Os encontros aconteceram na sala dos professores, onde também funciona a biblioteca desse grupo de professores. Todos os professores procuraram marcar presença nos encontros, embora nem sempre todos puderam estar presentes em todos os encontros, e também procuraram contribuir ativamente nas discussões. A maioria dos professores encontram-se na faixa etária entre 30(trinta) a 45(quarenta e cinco) anos de idade, e há uma rotatividade relativamente grande entre os professores da área da enfermagem, principalmente, entre aqueles que conquistam o título de Doutor que procuram conquistar o título de Professor (título concedido a quem dirige um Instituto ou Faculdade, diferentemente do que ocorre no Brasil, onde todos os professores são considerados/chamados professores).

### 4.3 PARTICIPAÇÃO EM DISCIPLINAS REGULARES

No período de permanência na *Universität Bielefeld* participei de duas disciplinas do Mestrado em Saúde Pública, conforme segue:

#### 4.3.1 Disciplina: “*Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft*”

Essa disciplina, oferecida durante o segundo semestre do Curso de Mestrado em Saúde Pública, foi coordenada pela professora Dra. Doris Schaeffer, e foi administrada semanalmente no período de quatro horas aula. Os primeiros encontros foram conduzidos e dinamizados pelos próprios professores, sendo que nesses foram apresentados e discutidos temas, tais como: Aprofundamento das teorias de enfermagem, métodos de pesquisa, financiamento dos cuidados de enfermagem, cuidado domiciliar, dentre outros. Na seqüência, os alunos foram distribuídos em duplas a fim de realizarem uma leitura atenta de uma Tese de Doutorado. Para a leitura atenta da tese, os candidatos orientarem-se por uma listagem de critérios didáticos e metodológicos, previamente elaborados pelos professores. Na seqüência, o trabalho foi apresentado, analisado e discutido no grande grupo, em dias previamente determinados para cada dupla.

A apresentação da leitura e análise das Teses de Doutorado foi considerada de grande relevância científica. Na sua maioria, as Teses foram orientadas pelo método de pesquisa Grounded Theory. Desse modo, os diferentes passos dessa metodologia foram criteriosamente analisados e discutidos com a intervenção dos professores, considerados especialistas nessa área de intervenção.

Chamou atenção, nesse processo, a criatividade, determinação e segurança com que cada integrante apresentou o seu trabalho. Os alunos, de forma geral, possuem um domínio amplo e aprofundado acerca dos métodos de pesquisa e uma capacidade crítica e reflexiva bastante apurada.

Posteriormente, os alunos foram novamente distribuídos em grupos, com o propósito de construírem conjuntamente um artigo científico, baseado na revisão de literatura. Os temas para os artigos

foram sugeridos pelos professores e os grupos puderam optar por um tema de interesse. Para esta atividade alguns passos foram previamente orientados e esclarecidos pelos professores, tais como: Leitura ampla da temática em questão, com busca de referenciais no Banco de Dados nacionais e internacionais. Cada passo do artigo foi criteriosamente analisado e discutido com os professores no horário dos encontros costumeiros, como também em horários extra-oficiais. Nesse processo, os professores primaram, sobretudo, pela formação criativa, crítica e responsável dos integrantes. As temáticas das Teses de Doutorado, bem como, os temas dos artigos científicos, foram escolhidos de forma democrática, a partir das sugestões dadas pelos professores.

#### **4.3.2 Disciplina: “*Masterkolloquium*”**

Essa disciplina foi administrada pelo Dr. Andreas Büscher, semanalmente, no período de duas horas aula. A mesma é oferecida durante o quarto e último semestre do Mestrado em Saúde Pública e, durante esse último semestre os alunos dedicam-se apenas à Dissertação de Mestrado. Assim, durante o curso dessa disciplina cada integrante elaborou o seu projeto de dissertação e enviou cópia por E-mail para que todos pudessem realizar a leitura do mesmo e, um dos alunos ficou encarregado para realizar a análise crítica do projeto, e após, toda a turma também. Em cada aula foram analisados e discutidos dois ou três projetos, conforme agendamento realizado no primeiro dia de aula. Após a avaliação, análise e discussão de todos os projetos, outros assuntos de interesse dos alunos foram discutidos: como coleta de dados, análise de dados, revisão de literatura, entre outros.

A fotografia a seguir (Figura 3) apresenta os integrantes da disciplina *Masterkolloquium*, um dos grupos de trabalho do qual participei. Chamou atenção, nesse processo, a participação ativa, dinâmica e responsável de cada integrante, mesmo nas atividades realizadas extra-classe. Todos se comprometeram com as leituras e atividades individuais como também pela apresentação no dia e horário estabelecidos.



Figura 3: Turma de alunos da Disciplina “*Marterkolloquium*”

#### 4.4 PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS

Durante a permanência na *Universität Bielefeld*, tive a oportunidade de participar também de um evento científico regional e Nacional, promovidos em parceria com a *Fakultät für Gesundheitswissenschaften* e *Institut für Pflegewissenschaft*. Os eventos, com maciça participação de profissionais do país, possibilitaram a troca de experiências e a ampliação dos horizontes acerca da saúde e enfermagem na Alemanha.

- Teilnahme am FakultätsKolloquium der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld: “Familie und Gesundheit: Gesundheit in und mit Familien Kommunizieren“ am 22. und 23. April 2010 – Ravensberger Spinnerei/Bielefeld
- Teilnahme an dem Deutscher Pflegekongress 2010 am Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit Berlin - 5. bis 7. Mai 2010 (Figura 4).



Figura 4: *Pflegekongress* em Berlim 05 a 07 de maio de 2010

#### 4.5 TROCA DE EXPERIÊNCIAS

Inúmeras foram às possibilidades e espaços para a troca de experiências com professores, colegas, visitantes e estudantes da Alemanha e de outros países. A arquitetura ampla na entrada da Universidade está estruturada de forma que os estudantes podem participar ativamente dos eventos culturais e científicos promovidos pelos diferentes cursos de graduação e pós-graduação. Diariamente são realizadas palestras de orientação, amostras científicas e mobilizações das mais diferentes formas possíveis. Todos os eventos são abertos para a comunidade em geral.

#### 4.6 RECONHECIMENTO DE UMA CLÍNICA DE IDOSOS

Durante o Doutorado sanduíche, tive a oportunidade de conhecer a estrutura, organização e funcionamento de uma Clínica de Idosos (Figura 5).

As Clínicas de Idosos ou “*Seniorenheim*” são cada vez mais frequentes em todo o país, uma vez em que vem aumentando o número de idosos. Equipadas com modernos equipamentos e profissionais altamente qualificados, as clínicas são procuradas pela sociedade em geral, com a finalidade de obter uma assistência qualificada aos idosos necessitados de assistência, considerando o número reduzido de pessoas para cuidarem dos idosos nos domicílios.

As clínicas possuem profissionais tanto da administração como de apoio, e equipe de enfermagem com formação específica na área. As normas estaduais e federais para o funcionamento e prestação da assistência são rigorosamente gerenciadas e fiscalizadas.

As clínicas em geral, possuem uma estrutura também para casais idosos. Com amplas salas de recreação, os idosos se encontram diariamente para alguma atividade recreativa e interativa. Para estas atividades, as clínicas contam com o apoio da comunidade. Em sua estrutura existe também um espaço para festas, celebrações, cafés e outros que podem ser utilizados para encontros familiares.



Figura 5: Clínica de Idosos “*Antoniusshaus*”

## 4.7 RECONHECIMENTO DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE



Figura 6: Hospital *Städtische Kliniken Bielefeld* e Hospital *Standort Rosenhöhe*

Web:

[www.klinikumbielefeld.de](http://www.klinikumbielefeld.de)

***Städtische Kliniken Bielefeld gem. GmbH***

***Standort Mitte Teutoburger Str. 50***

***D-33604 Bielefeld***

**682 leitos**

**Telefone: 05 21. 5 81 – 0**

***Standort Rosenhöhe***

***An der Rosenhöhe 27 D-***

***33647 Bielefeld Telefon:***

***05 21. 9 43 – 50***

**356 leitos**

O Hospital ***Städtische Kliniken Bielefeld gem. GmbH***, conforme mostra a imagem acima (Figura 6), foi fundado em 1899. É de grande porte e é composto por dois prédios que estão localizados em endereços diferentes. O da esquerda *Klinikum Mitte*, possui 682(seissentos e oitenta e dois) leitos e o da direita, *Klinikum Rosenhöhe* possui 356(trezentos e cinquenta e seis) leitos. O hospital como um todo possui mais de 2000(dois mil) trabalhadores, e em torno de 160(cento e sessenta) estudantes. Atende anualmente quase 40.000(quarenta mil) pacientes que internam no hospital e mais de 90.000(noventa mil) pacientes ambulatoriais. Esse hospital é um dos três hospitais da cidade

de Bielefeld e é público e privado ao mesmo tempo. Os outros dois são apenas privados.

*Das Klinikum Bielefeld genießt in der Bevölkerung der Stadt Bielefeld und der Region Ostwestfalen-Lippe ein hohes und stetig steigendes Ansehen. Grundlage dafür ist die ausgezeichnete medizinische Leistungsfähigkeit eines Hauses der Maximalversorgung. Mit etwas mehr als 2000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und rund 1000 Betten an zwei Standorten im Zentrum der Stadt und im Süden Bielefelds versorgt das Klinikum Bielefeld fast 40.000 stationäre und über 90.000 ambulante Patienten pro Jahr. Das Klinikum gliedert sich in 22 Kliniken und Institute. Etwa 160 Auszubildende lernen hier einen pflegerischen Beruf. Wir sind für unsere Patientinnen und Patienten da, 24 Stunden am Tag, an sieben Tagen die Woche. Die Kompetenz und das Engagement unserer Ärzte und Pflegekräfte kommt den Menschen zugute. Wir sind ein medizinisches Gesundheitszentrum mit höchstem Qualitätsanspruch. Die beste medizinische und pflegerische Versorgung sowie die Zufriedenheit unserer Patienten haben für uns oberste*

*Priorität*

[www.klinikumbielefeld.tagteam-media.com/images/mss/doc\\_23.pdf](http://www.klinikumbielefeld.tagteam-media.com/images/mss/doc_23.pdf).

O prédio do hospital *Klinikum Mitte*, à esquerda, possui doze andares e foi construído há 20(vinte) anos, mas ainda mantém várias outras construções menores no mesmo local. Trata-se de uma construção bem moderna e muito bem equipada e planejada, com alta tecnologia, presença de piscina para hidromassagem, além de ser extremamente aconchegante.

Circulando pelas dependências do hospital, fiquei bastante surpresa com a aparência física tanto interna como externa do hospital. Os lindos jardins de flores e as plantas verdes dentro do hospital proporcionam um ambiente tranquilo e calmo para a recuperação dos pacientes. Os corredores iluminados e ornados com flores e quadros belíssimos causam a sensação de estar num dos melhores hotéis. Também existe o plano de fuga para incêndio em todo o hospital.



Chamou-me bastante atenção o ambiente bem espaçoso em todo o hospital, e muito organizado. Também visitei a sala de partos e constatei que uma das formas de realizar os partos é na água, através do uso de banheiras.

#### **4.7.1 Estágio realizado nas UTIs do Hospital *Klinikum Mitte***

Tive a oportunidade de realizar várias visitas ao hospital *Klinikum Mitte* e também realizei um estágio de observação participante em duas UTIs desse hospital, e em uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo, no período de 06 a 19 de abril de 2010, com duração de 55(cinquenta e cinco) horas e 30(trinta) minutos. Esse estágio de observação nas UTIs foi realizado por estar relacionado ao tema da minha Tese de Doutorado.

Esse hospital possui cinco UTIs, uma UTI Adulto com 20(vinte) leitos cirúrgicos; uma UTI Adulto com 12(doze) leitos clínicos, uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Adulto, conforme mostra a imagem na Figura 7. As outras duas eu não cheguei a conhecer.



Figura 7: Unidade de Tratamento Semi-Intensivo

#### **4.8 ASSISTINDO O JOGO DE FUTEBOL DA ALEMANHA NA COPA DO MUNDO NA *UNIVERSITÄT BIELEFELD***

Tive a oportunidade de assistir alguns dos jogos de futebol da Seleção Alemã na Copa do Mundo, em telão instalado nos espaços da Universidade (Figura 8).

A imagem ao lado mostra um desses jogos realizados num final de tarde, em que muitos alunos e professores se reuniram para assistir o jogo, após o término de uma sessão de palestras realizadas na Universidade.

Durante o jogo, todos estavam bem concentrados, aguardando os gols da Seleção Alemã e, a cada gol que saía, todos vibravam muito.



Figura 8: Assistindo o jogo da Alemanha na Copa do Mundo na *Universität Bielefeld* – junho 2010

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer um país desenvolvido como a Alemanha, é de fundamental importância. A Alemanha é um exemplo para o restante do mundo em inúmeros aspectos, dentre os quais se destacam a organização, a disciplina, a solidariedade, os avanços tecnológicos, o transporte ferroviário, a conservação das estradas, as construções bem feitas de casas e prédios, a educação das pessoas, a limpeza, a valorização da natureza e o cuidado com o meio ambiente, enfim, a cultura que é determinante no modo de ser e de viver.

Através do contato e da interação com as pessoas pude também perceber um pouco que os alemães têm uma boa imagem do Brasil, citando sempre com grande admiração o carnaval e o futebol brasileiros. Além disso, uma das professoras da *Universität Bielefeld* que esteve durante 10(dez) meses em São Paulo/Brasil cursando o Mestrado, falou-me com muita ênfase que a Saúde Pública no Brasil é bem melhor do que na Alemanha, e que, enquanto a Alemanha têm o seu foco muito voltado para a doença, o Brasil busca alternativas do que e como fazer para mudar o que é preciso mudar.

Ao retornar ao Brasil, logo pude notar o quanto o nosso país é diferente da Alemanha e, embora eu tenha permanecido por apenas 05(cinco) meses na Alemanha, torna-se necessário agora realizar uma nova adaptação no nosso país, cuja realidade, por vezes, é chocante, quando comparada à Alemanha, principalmente, no que se refere ao indivíduo como cidadão, o que está relacionado à questão da pobreza e das desigualdades sociais.

Tudo isso se deve ao fato de que, quando a gente se distancia um pouco da própria realidade e, ao mesmo tempo, se confronta com novas e diferentes realidades, que por vezes parece ser difícil de se adaptar a elas, percebermos melhor os próprias lacunas, como também as possibilidades e potencialidades em busca da superação e do crescimento.

Resta agora o questionamento a respeito do que fazer e como contribuir para transformar os aspectos da nossa realidade que necessitam de novas práticas e um novo modo de intervir nas questões sociais de forma responsável e comprometida.



## 6 AGRADECIMENTOS

Aproveito o espaço para externar o meu sincero e profundo agradecimento àqueles que me incentivaram, encorajaram e apoiaram para que o Doutorado Sanduíche se efetivasse.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha Orientadora Professora Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, à Coordenação e professores do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), pelo empenho e estímulo para a busca de experiências de doutorado na modalidade Sanduíche, em universidade fora do país.

*Vielen Dank* - à *Universität Bielefeld*, principalmente, à Professora Dra. Doris Schaeffer e ao Professor Orientador Dr. Andreas Büscher, que não mediram esforços para que o Doutorado Sanduíche se efetivasse da melhor forma possível. Agradeço também por todo o apoio e carinho recebido de professores, funcionários e alunos.

Agradeço imensamente à CAPES pela Bolsa PDEE recebida para a realização do Doutorado Sanduíche na *Universität Bielefeld* – Alemanha e espero poder retribuir e contribuir para o crescimento da Enfermagem Brasileira, através da minha formação realizada no Brasil e no Exterior.

À todos aqueles que apostaram e acreditaram no meu potencial, incentivando-me e auxiliando-me na conquista da Bolsa Capes, *Danke Schön!!!*



## 7 REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Araújo MH. Lago RM. Oliveira ICA. O estímulo ao empreendedorismo nos cursos de química: formando químicos empreendedores. Quim. Nova vol. 28 suppl.0 são paulo nov./dec. 2005.

Bauer U. Büscher A. Soziale ungleichheit und pflege: konzeptionelle zugänge. Deutschen zeitschrift für Pflegewissenschaft, v.12, n. 4, p. 304-317, 2007.

Bartholomeyczik S. Gegenstand, Entwicklung und Pflegestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Allhoff BR. Schaeffer D (Org). Hanbuch Pflegewissenschaft. Münschen: Juventa Verlang Weinheim, 2003, p. 67-106.

<http://www.www.klinikumbielefeld.de>

[http://www.klinikumbielefeld.tagteam-media.com/images/mss/doc\\_23.pdf](http://www.klinikumbielefeld.tagteam-media.com/images/mss/doc_23.pdf)

<http://www.uni-bielefeld.de>

<http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Moers M. Schaeffer D. Pflege theorien. In: Allhoff BR. Schaeffer D (Org). Hanbuch Pflegewissenschaft. Münschen: Juventa Verlang Weinheim, 2003, p. 35-66.





## **APÊNDICE C**

**A observação participante realizada nas UTIs do Hospital *Klinikum*  
*Mitte* de Bielefeld – Alemanha**



**A observação participante realizada nas UTIs do Hospital *Klinikum Mitte* de Bielefeld – Alemanha**

Durante o Doutorado Sanduíche que realizei na *Universität Bielefeld* na Alemanha, sob a Orientação do Professor Dr. Andreas Büscher, realizei observação participante em 02(duas) UTIs Adulto e em uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Adulto, no Hospital *Klinikum Mitte* em Bielefeld/Alemanha, com a devida autorização da Direção de Enfermagem do hospital e Chefias de Enfermagem das referidas UTIs e Unidade de Tratamento Semi-Intensivo, durante o período de 06 a 19 de abril de 2010, totalizando 55(cinquenta e cinco) horas e 30(trinta) minutos, conforme ilustra o Quadro 1 a seguir.

<b>Data</b>	<b>Dia da semana</b>	<b>Horário</b>	<b>Número de horas</b>
06/04/10	Terça-feira	06h – 13h:11min	06h:41min
07/04/10	Quarta-feira	06h – 14h:01min	07h:31min
08/04/10	Quinta-feira	06h – 14h:12min	07h:42min
09/04/10	Sexta-feira	06h – 14h:03min	07h:33min
12/04/10	Segunda-feira	05h:57min – 14h:03min	07h:36min
15/04/10	Quinta-feira	05h:42min – 13h:30min	07h:18min
16/04/10	Sexta-feira	12h:25min – 17h:26min	05h:01min
19/04/10	Segunda-feira	06h:32min – 14h:30min	07h:28min
TOTAL: 08 dias	TODOS, menos sábado e domingo	MÉDIA: 07h por dia, aproximadamente	TOTAL: 55h:30min

Quadro 1: Período da observação participante realizada nas UTIs do Hospital *Klinikum Mitte* de Bielefeld/Alemanha

Durante esse período de observação participante, realizei as seguintes atividades:

- Procurei conhecer o espaço físico das UTIs e da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo, bem como, as rotinas relacionadas a essas unidades;

- Assisti a passagem de plantão da enfermagem: às 06 horas e às 13 horas;
- Conversei com os médicos, com a equipe de enfermagem, com os fisioterapeutas, com as funcionárias da limpeza e com os funcionários de outros setores que foram prestar serviços nas UTIs;
- Tive a oportunidade de ver os profissionais trabalhando em equipe e se ajudando mutuamente, durante a mudança de decúbito dos pacientes, ao realizarem o transporte dos pacientes, ao atenderem emergências, ao realizarem exames e outros procedimentos nos pacientes em conjunto;
- Conversei com vários familiares;
- Procurei conversar com os pacientes internados na UTI, uma vez em que teve vários pacientes acordados, lúcidos e com condições de conversar;
- Presenciei a admissão, transferência e óbito de pacientes na UTI;
- Consultei referências sobre UTI em livros e revistas disponíveis nas UTIs;
- Auxiliei na higiene e mobilização de pacientes;
- Auxiliei no preparo de um corpo após a morte e no transporte do mesmo ao local destinado, dentro do hospital;
- Auxiliei na monitorização dos pacientes.

Entre as 02(duas) UTIs que observei, uma delas é a UTI Adulto 4, que possui 12(doze) leitos para internação de pacientes clínicos (Figura 1). Outra é a UTI Adulto 5, que possui 20(vinte) leitos para internação de pacientes cirúrgicos (Figura 2). E, a terceira é uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo para Adultos (Figura 3 e 4). Entretanto, procurei permanecer mais tempo na UTI 4 e 5.



Figura 1: UTI Adulto 4 – Alemanha



Figura 2: UTI Adulto 5 - Alemanha



Figura 3: Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Adulto – Alemanha



Figura 4: quarto com dois leitos para pacientes da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo Adulto - Alemanha

De uma forma geral, a funcionalidade das UTIs observadas na Alemanha, é a mesma de qualquer UTI. Por esse motivo, busco descrever aqui apenas alguns aspectos que são diferentes daqueles que eu tenho observado nas UTIs brasileiras.

Quanto aos recursos materiais, as mesmas apresentam maior quantidade de material e materiais mais sofisticados.

O espaço físico apresenta-se bastante acolhedor nas UTIs, com janelas grandes, o que possibilita aos profissionais e pacientes uma visão externa ampla. As cores utilizadas dão bastante vida ao ambiente. Há a presença de quadros nas paredes. Os pacientes ficam em quartos duplos ou individuais. Há relógios nos quartos que são bem visíveis aos pacientes. Nos quartos da UTI Semi-intensiva têm quadros e televisão na parede. As UTIs possuem um posto de enfermagem para cada conjunto de quartos, que dispõem de uma central de monitores, através da qual os profissionais conseguem monitorizar os pacientes.

Os horários para a visita dos familiares, amigos e conhecidos aos pacientes são bem amplos, já há muitos anos. Na UTI 4, o horário de visitas é das 15 às 19 horas. Já na UTI 5, não existe horário específico para as visitas e, os familiares podem visitar os pacientes em qualquer horário durante o dia. Também é permitido que entrem dois familiares ao mesmo tempo e, quando o paciente está em fase terminal, ou seja, quando os profissionais sabem que ele vai falecer, a família toda pode entrar para vê-lo.

Tive a oportunidade de presenciar um óbito na UTI 4. O corpo foi sendo preparado dentro do quarto, sem pressa, deixando o paciente e o quarto bem apresentável, com uma vela artificial acesa, para os familiares poderem se despedir do mesmo, antes de ser levado da UTI. Depois que os familiares chegaram e viram o mesmo, os profissionais de medicina e enfermagem procuraram conversar com tranquilidade com a família e procuraram apoiar a mesma.

Quanto aos recursos humanos, em relação aos profissionais de enfermagem, só atuam enfermeiros nas UTIs, e os mesmos são responsáveis pelo seu trabalho e respondem por si, ou seja, não tem supervisão de enfermagem, como na realidade brasileira. Entretanto, há enfermeiros que gostariam que tivesse. Os mesmos, ao iniciarem o seu trabalho, vão primeiro até o paciente e cumprimentam o mesmo, dizem “Eu sou a(o) Enfermeira(o) tal”, e então perguntam como o paciente está, e se ele está sentido dor ou algum desconforto.

A carga horária é de 08(oito) horas diárias, com rotatividade de turnos constante, de maneira que ninguém tem horário fixo, com exceção da coordenação de enfermagem. Em cada UTI têm um coordenador de enfermagem, que é enfermeiro e têm especialização em Terapia Intensiva e Anestesia. O turno da manhã inicia às 06(seis) horas.

Esse Estágio de observação participante que eu realizei, foi muito proveitoso, pois possibilitou ampliar os meus conhecimentos a respeito do ambiente de cuidados em UTI, na Alemanha. Percebi que as UTIs são bem acolhedoras, apresentam cores diversificadas e harmoniosas nas paredes, presença de quadros, televisão e relógios nos quartos dos pacientes. Há também uma maneira diferente de lidar com a morte, principalmente na forma de comunicar a família a respeito. Há estudos que estão sendo realizados entre os médicos e enfermeiros em relação à planta física das UTIs, tendo em vista a reforma e ampliação das UTIs que está para acontecer.

Foram realizados registros diariamente sobre a observação participante realizada, e as informações obtidas não foram utilizadas no presente estudo, mas serviram para ampliar os conhecimentos sobre o ambiente de cuidados em UTI, especialmente, a nível internacional.



## **APÊNDICE D**

### **Mensagens deixadas pelos participantes da pesquisa**



## Mensagens deixadas pelos participantes da pesquisa

Referência	Mensagem	Codinome
Relacionado à UTI	Para os familiares, a UTI é considerada ambiente de morte. O paciente vêm para a UTI, os familiares sabem que veio para a UTI, eles já pensam direto na morte. Na verdade, é o contrário: UTI é um ambiente de vida que, se não vier para a UTI, aí a possibilidade da morte para aquele paciente é maior. Para aquele paciente que realmente requer cuidados críticos. Então, nós mantemos meio que como lema: <b>“UTI é um ambiente de vida”!</b> Não ambiente de morte, como as pessoas lá fora acham sempre, e que, é claro, tem mais óbitos aqui. Mas, não é uma porcentagem tão alta. Geralmente, os pacientes saem da UTI, depois eles acabam falecendo na unidade. Mas, é um ambiente de vida. Isso a gente costuma colocar para o familiar e para o paciente também. Mas, ela envolve tecnologia. E, a tecnologia está aí para ajudar a manter a vida das pessoas.	Organização
Relacionado à UTI	A UTI é uma unidade em que os pacientes estão entre a vida e a morte. Não se sabe, muitas vezes, se a gente consegue resgatar esses pacientes ou não. Então, às vezes, te perguntam: “Ah, por que tu trabalhas em UTI? Porque os pacientes que estão lá, estão lá para morrer. Eu digo assim: “Não é verdade! Existem pacientes que estão em estágio terminal, mas tem muitos pacientes viáveis e que a gente consegue tratar e melhorar”. E a gente fica muito contente porque, muitas vezes, a gente recebe visita dos pacientes que passaram pela UTI, às vezes, muito graves, muito tempo, e é sempre aquela surpresa, porque a gente não reconhece, inicialmente, do estado que eles estavam, porque esses pacientes voltam para nos ver, caminhando e conversando.	Flexibilidade
Relacionado à UTI	<b>Por se tratar de uma UTI, o cuidado sempre é maior.</b> Como a gente já está num ambiente assim, a gente quer que o paciente melhore e faz de tudo que ele melhore.	Humildade
O cuidado na UTI	O cuidado na UTI é um cuidado intensivo, um cuidado bem mais detalhado com o paciente, voltado a um atendimento global, sempre trabalhando junto com toda a equipe, visando otimizar a saúde do paciente ou, pelo menos, proporcionar um melhor conforto. A gente sabe que em alguns casos não temos muito que fazer, mas, pelo menos, oportunizar um conforto para o paciente.	Participação

O cuidado na UTI	Para mim o cuidado na UTI é um cuidado extremo ao paciente, não importando apenas a técnica, mas também o envolvimento afetivo. É olhar para o paciente e ver ele como um ser humano, com dificuldades e necessidades, e não como um objeto de trabalho que você atende por obrigação, pela rotina da unidade. É preciso muita dedicação, amor e carinho, pois todo e qualquer paciente merece. Afinal, é dele que depende o nosso trabalho.	Responsabilidade
Dificuldade para lidar com a morte	Lidar com a morte na UTI, é bem difícil! Para mim que tem anos de experiência em UTI, é difícil o momento. Como enfermeira mesmo, o pior momento para mim é que, às vezes, sobra para mim dar a notícia da morte do paciente para o familiar. Então, é um momento bem difícil que, às vezes, tu tem aquela coisa que tu não sabe como é que tu vai chegar para dar essa notícia. Que é muito triste tu dar a notícia da morte. O que a gente quer é dar notícias boas para o familiar. A alegria de toda a equipe é quando o paciente está indo embora, bom, que está indo para a unidade, que dão alta para casa. Mas, eu sinto também, que aconteceu até agora que, às vezes, que a gente vai dar a notícia da morte, sempre aceitaram bem e sempre agradeceram o cuidado que a gente teve com o familiar aqui. Que eles sabem que a gente fez de tudo, e que eles sabem também que eles estavam em boas mãos. Às vezes, a gente até tem medo de chegar e dar a notícia e, no fim, tu acaba recebendo boas informações, sabe? Nessa hora! Tu acaba sendo mais confortada do que tu confortas.	Trabalho em equipe
Relacionado à Deus e à oração	<b>A UTI é como o meu irmão foi feliz e disse, é um lugar de medo</b> , que provoca medo e, a princípio, é que, quando o paciente está na UTI a gente se apega muito à questão religiosa, independente de ser religioso. Eu rezo muito! Então é isso. Tem que pedir para Deus saúde e paz para todos, em todos os momentos. O que a gente tem dito, é que, não fui nem eu que falei, foi meu cunhado: “cada pessoa com quem a gente conversar e que ficar sensível ao nosso problema, vai ser mais uma pessoa para rezar pela nossa mãe. E a gente agradece, porque eu sei que tu vais ser mais uma que vai rezar pela minha mãe.	Familiar 2 filho

Relacionado à Deus e à oração	A gente está aqui, claro, por causa da nossa mãe. Mas, a gente reza por todos que estão ali internados. Todo mundo que está sofrendo ali também faz parte das nossas orações. Porque só Deus mesmo para fazer a gente segurar e passar por tudo isso! Porque, muitas vezes, a gente desaba, mas parece que tem uma mão, a mão de Deus que acaba levantando a gente novamente. Isso é importante, a oração é importantíssima em tudo na vida, principalmente, nesses momentos. Eu acredito em Deus! Acho que <b>Deus está acima de tudo!</b>	Familiar 3 filho
O sofrimento da família e do paciente	Os primeiros dias, tá louco! É um choque! Cada vez, né? Mas depois, com o tempo e os amigos, todo mundo consolando e coisa, já não é mais tanto. Mas toda vez, é toda vez. Cada dia é um caso diferente. Chegar ali e ver né? Daí ia, mas tinha que ter esperança né? Chega hoje está bem, um dia antes estava bem. Daí tu chega lá, estava em coma. É complicado! É só quem passa pra ver. A gente se questionava muito. A UTI é um meio da pessoa, só se não tem mais recurso, né? Mas, em si, para o paciente, se ele fosse se lembrar depois, é complicado, né? Porque o paciente sofre lá dentro. Se tu acompanha, a gente tinha dias que a gente chegava a se questionar se vale a pena a pessoa sofrer tanto. E claro, que depois ela teve melhora, tudo bem, né? Mas, quantos não vencem ultrapassar! Daí a gente se questiona, se isso é...	Familiar 12 esposo
Relacionado ao paciente	Imagina! Passar por tudo isso e estar viva né? Como é que a gente vai se sentir? Tem que reagir! Não é fácil! Daí eu penso, Meu Deus! Se eu passei por tudo isso, é sinal que, com os aparelhos ainda dá. Tava feio né?	Paciente 4
O cuidado com o paciente	Eu acho assim: às vezes, falta um pouquinho de boa vontade de todo mundo para melhorar, né? Talvez, para tentar melhorar, dar uma assistência melhor para o paciente. A gente acaba oferecendo pequenas coisas e acaba esquecendo que tem pacientes que dependem de ti, precisam de ti, e que são dependentes, né? A gente acaba solucionando problemas de vazamento que tem, a falta de funcionário, a falta de seringas e, acaba esquecendo da parte mais humana em relação ao paciente. Eu acho que falta mais humanidade em cuidar do próprio paciente. Isso não depende de tempo. O paciente necessita, e acaba se perdendo. <b>Eu acho que já tivemos momentos melhores em relação ao cuidado.</b>	Vínculo
Desejando ter um acompanhante junto com o	Eu queria que tivesse um acompanhante ali direto, com cada paciente, seria o ideal, eu acho. Seria muito bom, tanto para o doente como para quem está ali acompanhando o doente. Eu acho muito importante	Familiar 13 esposa

paciente	uma pessoa da família junto.	
Relacionado à humanização	<p>Eu acho uma coisa assim, o familiar deve ver o paciente mais seguido. A própria enfermagem deve conversar com os familiares. Na hora da visita que se troque ideias sobre o paciente com os familiares. Que se consiga entender o que os mesmos estão pensando da UTI. Acho que isso é importante. Tem que ter contato e estar disponível também para conversar com eles na hora em que o paciente interna e explicar bem como é que funciona o horário de visita, uma situação de urgência, caso eles estiverem com o familiar aqui dentro. Acho que isso aí tem que explicar para o paciente e familiar. E também em relação a equipe, acho que precisa, por exemplo, trocar ideias com o outro, tentar entender o que se passa na cabeça quando entra uma auxiliar de enfermagem nova, gente nova, para tentar conversar sobre o que está angustiando ela. A gente conversa aqui dentro. Acho que falta mais, tem que fazer mais reuniões. Outra coisa que dá para fazer é reunir mais, fazer amigo secreto no final do ano, essas coisas assim. Fazer isso para tentar melhorar o ambiente. A UTI é um ambiente pesado. Às vezes, na UTI se reclama que tem muita conversa, que parece que não é uma coisa do ambiente por causa do paciente que está ali, mas é uma situação para diminuir o estresse. Conversar é importante. Mas acho que é por aí. E tem muita coisa ainda em termos de humanização. Mas, acho que com os familiares e entre nós mesmos. A equipe se dá bem. Entre nós, os médicos, a gente troca ideias, de vez em quando a gente faz reuniões.</p>	Exemplo
Relacionado à humanização	<p>Eu acho que a gente tem que pensar primeiro no paciente. A primeira coisa que eu penso: o paciente, a maneira de tratá-lo, se colocando no lugar dele e da família. Então, eu sempre digo para os funcionários: a primeira coisa que nós temos que fazer é isso, nos colocar no lugar do paciente. Você gostaria de estar dessa maneira? Você gostaria que tivesse alguém sentado aí, ou duas, conversando, enquanto tu estivesses deitado na cama? Então é isso, não gostaria. Se tu fosses familiar, quando chegasse aqui, tu gostaria que não te dissessem nada, te virassem as costas e saíssem? Então, acho que a gente tem sempre que pensar nessas coisas. Se colocar no lugar das pessoas. A gente não sabe, amanhã pode ser eu, pode ser a minha mãe, meu pai. Então, é uma questão de empatia, se colocar no lugar do outro. Isso é importante! Só que, nem todo mundo faz isso. Se todo mundo se preocupasse em fazer isso, acho que a UTI seria melhor, eu acho, em geral. Eu acho que a humanização,</p>	Humanização

	<p>principalmente, dentro de uma UTI, se torna uma questão negligenciada assim, que as pessoas se preocupam em fazer, cuidar, em isso e aquilo, e não se preocupam, às vezes, com o paciente que está ali. Com o lado mais humano, mesmo com o familiar que está do lado de fora, ou com o familiar que acabou de telefonar. Então, acho que a gente se esquece um pouco disso. Fica se cobrando dessas coisas. Então, assim, eu acho que isso melhorou bastante em relação a anteriormente. Mas, acho que precisa melhorar mais. Eu acho que se cada um fizer um pouco mais, eu acho que poderia melhorar bastante.</p>	
Trabalho em equipe	<p>Nós temos que estar juntos. Nós temos que trabalhar juntos, e é um trabalho em equipe, porque estamos sempre juntos no mesmo ambiente fechado. É diferente de outros locais.</p>	Alegria
Relacionado ao trabalho	<p>Eu tenho uma frase. Ela é assim: <b>“Quem escuta esquece, quem vê lembra, quem faz, jamais esquece, ele aprende”</b>. Então, isso é uma coisa que eu levo comigo, principalmente, onde eu coordeno: quando tu escutas, tu esqueces, não dá importância. Quando tu vês, tu lembras e, quando tu fazes, tu aprendes. Vamos tentar fazer isso para ver se realmente vocês sentem que não dá para fazer. Adoro! Vamos tentar dessa forma que, quem sabe dá. Ah, fulana! Ainda bem que tu falastes para nós fazer! Claro, a gente tem que tentar as oportunidades, tentar mudar, tentar fazer! Se não dá certo, a gente volta atrás. Então, vamos fazer a medicação endovenosa? Não, não vamos fazer. Eles ficam meio amedrontados porque não é rotina fazer. Então eles falam: “Não, só tu e aquela tua frase, né? Eu digo: é, eu sempre falo: Quem escuta esquece, quem vê lembra e quem faz nunca vai esquecer. Pode ter certeza disso!</p>	Iniciativa
Relacionado ao trabalho	<p>Então, uma frase bem simples, assim: <b>“A união faz a força!”</b> Se todos nós nos unirmos para trabalhar, sem querer estar acima do outro, sem querer ser mais que o outro, com certeza o trabalho será agradável e bem feito.</p>	União

Relacionado ao trabalho	<p>Eu acho que, se cada um fizer sua parte, da melhor forma seu trabalho, da melhor forma possível, sabendo cada um o seu espaço, não tentar invadir o espaço dos outros e tentando trabalhar neste ambiente harmonioso, acho que <b>a equipe, o ambiente e o cuidado vão ficar melhor</b>. Eu acho isso, sabe? Eu gosto muito da parte do cuidado, ambiente, equipe. Eu acho que isso ajudaria muito. E a gente, nós, como te falei, tem uma equipe boa, todo mundo trabalha legal. Fica melhor teu dia. Você passa um dia estressado, brigando, então já não gosto muito disso. Eu acho que tu tentar trabalhar de forma mais harmoniosa. As pessoas tentarem respeitar um pouco o espaço dos outros e como pessoa também, acho que isso vale bastante. Essa é minha mensagem. É o que eu gosto muito.</p>	Harmonia
Relacionado à busca de um diálogo construtivo	<p>Eu tenho uma frase pronta. Mas, eu acho que na UTI, no nosso trabalho, todos os dias a gente tem que lidar com dificuldades e muitos conflitos que surgem. E eu acho que a coisa mais importante que a gente tem a fazer para melhorar, é a busca incessante do diálogo. E um diálogo em condições simétricas, iguais, sabe? E tentar diminuir o máximo possível as barreiras hierárquicas, de conhecimento, de posição social, de gênero, de orientação sexual, ou seja lá o que for. A gente tem que diminuir as barreiras. A gente tem que aprender a ter tolerância. A gente tentar ser positivo, né? Ter empatia com o outro. Que <b>a gente quer realmente um diálogo que vai construir alguma coisa</b>. Então assim, é a busca incessante do diálogo em condições mais simétricas possíveis. Para mim, é fundamental isso. Isso é que guia muito a minha postura profissional. Pelo menos é o que eu tento.</p>	Escuta qualificada
Relações interpessoais	<p>Todo mundo aqui têm virtudes. Não têm ninguém sem virtude. Tem gente com muito defeito e pouca virtude. Tem gente com muita virtude e pouco defeito. Mas <b>todos nós temos defeitos e todos nós temos virtudes</b>. E eu acho que, quando a gente, enquanto gestor, consegue <b>estimular as pessoas pela valorização das virtudes</b>, o ambiente fica legal. Eu poderia chegar ali e, tem alguns que não fazem tudo o que eu gostaria. Eu também não faço tudo o que eu deveria, né? Tem momentos que precisamos olhar para os outros, olhando virtudes e não defeitos. Eu acho que isso é o caminho. É o caminho do bem viver. Eu acho. Imagina, se eu vou olhar defeito, eu não me olho no espelho. Acordo e não me olho no espelho, porque todo mundo têm defeitos. Achar que não tem? Eu brinco quando a gente está numa conversa com as pessoas, digo: olha pessoal, a busca da perfeição é a primeira imperfeição do ser humano. Isso eu que digo. Isso eu nunca vi</p>	Acolhimento



	escrito não, mas eu posso te dizer isso. E assim, tem um cara que nasceu há dois mil anos atrás, e que era o perfeitozinho. Pregaram o homem na cruz! Eu tenho um medo de prego medonho. Então, alguns defeitos fazem bem para a gente, né? Algumas imperfeições fazem parte da nossa natureza.	
Relacionado à Formação profissional	Eu diria para os nossos formadores: Vamos nos focar em formar pessoas humanas, íntegras, com olhar sistêmico. Pessoas que saibam se voltar em primeiro lugar para dentro de seu ambiente singular, de seu ambiente interno, que é a própria essência humana, a fim de criarem uma atitude de cuidado. Uma vez que nós fizemos isso, automaticamente, <b>esse cuidado com o ambiente interno que é a essência humana, ele vai refletir para fora.</b>	Visão sistêmica
Relacionado ao papel do enfermeiro	Eu acho que <b>o enfermeiro dentro da unidade ele é a liderança.</b> Quem trabalha mais tempo dentro da unidade são os enfermeiros e os técnicos de enfermagem. Assim, quem vai promover mais essa mudança, esse cuidado ecológico, seria essa equipe. Então, não desmerecendo e dizendo que os outros não tem que cumprir seu dever, não têm parte nisso. Mas, se a enfermeira, como chefe da sua equipe, no seu horário, ou como chefe da unidade, ela tem que estar sempre atenta a isso, e cobrando dos seus funcionários, fazendo tipo aulinhas, treinamento, capacitação, pedindo, porque aqui no hospital é só pedir que eles fazem essa capacitação, ou então, promovem. A própria enfermeira deve chamar alguém que conhece mais sobre o assunto, para falar. Eu acho que isso é um papel bem importante e que é da enfermeira fazer isso.	Agradável
Relacionado aos resíduos hospitalares	É como eu digo: faça o seu papel, <b>não encha o saco!</b> (Ri) Em se tratando de lixo, é isso.	Ética
Relacionado às Interações mal resolvidas no meio ambiente	Tem uma situação adversa a isso tudo, que é a existência de microrganismos multiresistentes que, por <b>interações mal resolvidas, fazem com que tenha infecções com microrganismos multiresistentes.</b> Para a gente faz crer que é uma resposta ruim, causa-efeito. Por outro lado, é o ambiente que está se defendendo. Um doente colonizado é mais difícil de tratar. Não é só a gente que está pensando em cuidar do meio ambiente. Ao mesmo tempo, tem o meio ambiente se remetendo contra, se fortalecendo. Um exemplo: bactérias multiresistentes. E daí qual é o motivo?	Luz
Relacionado ao ambiente	Quem sabe, a gente deixa como recado <b>a importância de se trabalhar, visando um ambiente</b>	Reflexão

ecológico	<p><b>ecologicamente correto.</b> Penso que talvez esse seja um dos desafios que nós temos pela frente. Não só enquanto enfermagem, enquanto profissionais da saúde. Mas, se nós queremos a saúde e lutamos e trabalhamos pela saúde, nós temos também que cuidar da saúde do meio ambiente. E aí, desse ambiente todo que nos envolve. Então, que a gente pense nas questões de segurança, por exemplo. Nós temos que pensar num ambiente seguro também, e aí é, com certeza, um ambiente seguro para se refletir na segurança do paciente e segurança do trabalhador. É um desafio!</p>	
Relacionado ao cuidado ecológico	<p><b>Cuidado ecológico</b> é você tomar cuidado e preservar o que você têm no seu entorno. Tem a ver com a vida, principalmente. Que é a preservação da vida. Que a natureza nada mais é do que isso. Então, o cuidado é esse. A gente tem inúmeras formas de fazer isso. Mas, a pergunta mais diretamente respondida é isso: <b>acho que é cuidar da vida e do que tem vivo ao nosso entorno</b>, para que a gente possa viver melhor. E de fato, eu acho que a saúde, ela é uma vantagem que, você têm saúde se você cuidar. A falta dela é uma consequência de uma série de coisas que a gente não cuida, que a gente deixa de cuidar e deixa de levar em conta. E entre outras coisas, sem sombra de dúvida, tudo o que está relacionado ao meio ambiente e à natureza porque, quanto mais você destrói, mais você vai ter que colocar alguma coisa no lugar que, obviamente, nunca vai substituir. É uma loucura!</p>	Familiar 5 filha
Relacionado à continuidade da vida	<p>O Excel é um teórico da maturação, e ele fala que o indivíduo é resultado de uma herança genética de um processo maturacional, e de uma herança social de um processo de aculturação. Então, a gente é fruto, tanto da herança genética, como da questão social e ancestral. <b>Eu acho bem importante a gente ter essa consciência dessa continuidade da vida!</b> E é isso.</p>	Familiar 7 filha
Relacionado ao hospital	<p>Eu só queria que falasses do <b>bom atendimento do Hospital Universitário</b>. Aqui entra e sai, e é super bom! Quem entrou na Universidade, lá em outros tempos, diz que o HU está 100%.</p>	Comprometimento
Mensagem para a Enfermagem	<p>O que eu desejo para você e para todas as pessoas que estão no mesmo trabalho teu, na mesma direção tua, seguindo os mesmos passos teus que, inclusive, eu tenho uma filha que está nesse caminho aí. Então, eu desejo tudo de bom para vocês, que vocês <b>sintam alegria no trabalho</b>, e que tenham um trabalho alegre. O que deixa um paciente conformado é a alegria da enfermeira. Se ele for bem tratado no hospital, embora ele não esteja muito bem de saúde, mas só o carinho da</p>	Familiar 1 irmão

	<p>enfermeira e o cuidado dela, de fazer uma injeção nele, o carinho, com todo respeito, o carinho deixa o paciente conformado que, de repente, ele saia dali. É tudo o que eu desejo para vocês todos. Eu falo, chega a me dar um arrepió no braço. Mas, eu desejo tudo de bom para vocês. Porque se você se alterar com aquela pessoa, tu vais ficar estressada. Se te falarem para você, tu fazes que não escutas e sai. E deu. Ali, aquilo que tu estás fazendo, estás fazendo para você e para Deus. Um abraço para você e tudo de bom!</p>	
<p>Agradecimento à equipe da UTI</p>	<p>Através da entrevista que tu fizestes conosco, eu gostaria de agradecer e mandar um abraço para a turma da UTI, e agradecer a todos os médicos, porque o serviço que prestaram em mim foi muito bom. Resta agradecer pelo resto da vida!</p>	<p>Paciente 2</p>
<p>Pedindo bênçãos</p>	<p>Que Deus abençoe para que os profissionais da UTI tenham sempre saúde para cuidar. E que meu esposo tenha sempre a saúde que ele têm hoje para poder se cuidar!</p>	<p>Familiar 6 esposa</p>
<p>Agradecimento aos profissionais da UTI</p>	<p>No geral, aqui para a gente foi surpresa, né? Ter encontrado isso aqui! Agora, foi uma surpresa positiva! Então, a gente tem realmente hoje muito que agradecer toda a equipe! Acho que, desde a pessoa que passa o pano para fazer a limpeza do chão, até o médico que deu o primeiro atendimento nele aqui dentro. Então, por isso tudo, foi bem gratificante! O pessoal tem colaborado com a gente, que deram esse atendimento para ele. A gente, acho que só tem muito a agradecer a todos aqui dentro!</p>	<p>Familiar 9 filho</p>
<p>Agradecendo e desejando sucesso à pesquisadora principal</p>	<p>Principalmente a você, né? Que você tenha assim um grande sucesso no teu doutorado!</p>	<p>Familiar 8 esposa</p>



## **ANEXOS**

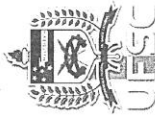


## **ANEXO A**

**Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em  
Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e  
Extensão da UFSC**







UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 130

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 130/09 FR- 260294**

**TÍTULO: O ambiente do cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade.**

**AUTOR: Alacoque Lorenzini Erdmann e Marli T. Stein Backes.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



## **ANEXO B**

**Aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Ética em  
Pesquisa da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS**





**COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
BENEFICÊNCIA**

Pelotas, 08 de setembro de 2010.

O projeto “O ambiente de cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade”, apresentado pelo pesquisador (a), Marli Terezinha Stein Backes, foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS no dia 08 de setembro de dois mil e dez, colocando como condição trazer o projeto pronto para que possamos visualizar o retorno do trabalho para a instituição.

  
Caroline Vargas Rosa  
ENFERMEIRA  
COREN-RS 210958

Enf<sup>a</sup> Caroline Vargas Rosa  
Coordenadora do CEP

Pesquisador: Marli  
Fone: 8125-9011  
3305-8152

