



Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva*

Relationships and interactions in the Intensive Care Unit environment of care

Relaciones e interacciones en el ambiente de cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos

Marli Terezinha Stein Backes¹, Dirce Stein Backes², Alacoque Lorenzini Erdmann³

RESUMO

Objetivo: Discutir as relações e interações do ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa foi fundamentado na “Grounded Theory”. Foram entrevistados 47 sujeitos diferenciados de três UTIs Adulto, localizadas em Florianópolis/SC, Santa Maria/RS e Pelotas/RS, entre junho de 2009 e setembro de 2010. **Resultados:** Neste estudo, são apresentadas e discutidas duas categorias: “A rede de apoio, a ordem/desordem e perturbações no ambiente de UTI”; “Convivendo com certezas, incertezas e contradições no ambiente de UTI”. **Conclusão:** Considera-se necessário compreender o ambiente de UTI a partir de uma visão sistêmica. E isso significa acolher a circularidade e dinamicidade de ordem-desordem-organização que continuamente (re) alimentam as relações e interações humanas e profissionais nesse ambiente.

Descritores: Administração sistêmica; Relações interprofissionais; Relações profissional-família; Relações profissional-paciente; Unidades de terapia intensiva

ABSTRACT

Objective: To discuss relationships and interactions in the Intensive Care Unit's (ICU) environment of care. **Methods:** A qualitative study that was based on grounded theory. We interviewed 47 subjects in three different Adult ICUs, located in Florianópolis/ SC, Santa Maria / RS and Pelotas / RS, between June 2009 and September 2010. **Results:** In this study, two categories are presented and discussed: “network support; order / disorder and disturbances in the ICU environment” and “living with certainties, uncertainties and contradictions in the ICU environment”. **Conclusion:** It is considered necessary to understand the ICU environment using a systemic view. And this means accepting the circularity and dynamics of the order-disorder-organization that continually (re)nourish relationships and human interactions and professionals in this environment.

Keywords: Systemic management; Interprofessional relations; Professional-family relations Professional-patient relations; Intensive care units

RESUMEN

Objetivo: Discutir las relaciones e interacciones del ambiente de cuidados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UTI). **Métodos:** Estudio de abordaje cualitativo fundamentado en la “Grounded Theory”. Entrevistamos a 47 personas en tres unidades de cuidados intensivos de adultos diferente, localizadas en Florianópolis/SC, Santa Maria/RS y Pelotas/RS, entre junio de 2009 y setiembre de 2010. **Resultados:** En este estudio, se presentan y discuten dos categorías: “La red de apoyo, el orden/desorden y perturbaciones en el ambiente de UCI” y “Conviviendo con certezas, incertidumbres y contradicciones en el ambiente de UCI”. **Conclusión:** Se considera necesario comprender el ambiente de UCI a partir de una visión sistémica. Y eso significa acoger la circularidad y dinamicidad de orden-desorden-organización que continuamente (re) alimentan las relaciones e interacciones humanas y profesionales en ese ambiente.

Descriptores: Administración sistémica; Relaciones interprofesionales; Relaciones profesional-familia; Relaciones profesional-paciente; Unidad de terapia intensiva

* Estudo extraído da Tese de Doutorado intitulada “A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital-Escola, Universidade Federal de Pelotas (RS) Brasil.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Franciscana – UNIFRA, Santa Maria (RS), Brasil.

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

INTRODUÇÃO

Para atingir níveis mais qualificados nas relações e interações humanas e de cuidado no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é importante reconhecer que esse ambiente é complexo por natureza. Sendo assim, por complexo – (*complexus*) entende-se 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 interretroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si”⁽¹⁾.

Nessa lógica, a compreensão do ambiente de cuidados em UTI como um todo interdependente, significa aceitar que diferentes componentes, como: os recursos materiais e tecnológicos, o espaço físico, os recursos humanos, entre eles, os profissionais da saúde, os gestores, os pacientes e 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 pela atenção e cuidado dispensados aos pacientes internados na UTI, dentro do sistema de saúde como um todo interdependente.

Os pacientes internados na UTI encontram-se, na maioria das vezes, fragilizados e vulneráveis, tanto fisiológica e psicologicamente, como espiritual e socialmente. Portanto, necessitam de cuidado integral e intensivo para reverter o quadro clínico no qual se encontram. Ressalta-se então, a importância de se oferecer aos pacientes o cuidado complexo, também entendido como multidimensional, por incluir as diferentes dimensões do ser humano, como ser singular e multidimensional⁽²⁾.

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 a cada ser humano, como paciente, familiar ou profissional. Na prática, no entanto, essa concepção nem sempre parece simples e fácil de ser decodificada.

Sendo assim, o presente estudo baseou-se em um recorte da Tese de Doutorado intitulada “A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva”⁽³⁾, a qual se encontra fundamentada nas seguintes questões de pesquisa: Qual o significado de ambiente do cuidado? 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?

Portanto, para responder à questão: Como se dão as relações e interações interpessoais e interprofissio-

nais no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva, este estudo teve como objetivo realizar uma discussão baseada nessa temática, à luz do pensamento sistêmico/complexo.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado no método *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD), como também é denominado esse método, caracterizado como variante do Interacionismo Simbólico. A *Grounded Theory*, busca compreender o significado das relações e interações entre os fenômenos sociais, o entendimento da realidade, assim como da vida e da ação humana no mundo real^(4,5).

Este estudo foi conduzido baseado nos princípios da amostragem teórica, sendo que a coleta e análise dos dados foram realizadas em seqüências alternativas e compreenderam quatro etapas consecutivas. Para compor a amostra teórica foram realizadas entrevistas em profundidade com 47 sujeitos diferenciados, como profissionais da saúde, gestores e outros profissionais que atuavam em UTI Adulto e pacientes que estavam internados nessas UTIs, ou que já haviam vivido essa experiência e, ainda, familiares que acompanhavam um membro da família internado nestas, no momento da entrevista ou em momentos anteriores. As entrevistas foram realizadas em três UTIs Adulto, localizadas em Florianópolis/SC, Santa Maria/RS e Pelotas/RS, com a finalidade de maximizar a variação entre os conceitos e realizar comparações. Também foi feita observação participante nas UTIs Adulto de dois hospitais em Florianópolis/SC e em Bielefeld/Alemanha. O processo de codificação foi realizado por meio da codificação aberta, axial e seletiva, fases distintas, mas complementares e integradas. Para a análise dos dados foi utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Strauss e Corbin⁽⁵⁾, como instrumento facilitador, que envolve um esquema organizacional que ajuda a reunir e a ordenar sistematicamente os dados e a classificar as conexões emergentes.

Para atender aos critérios éticos da pesquisa, foram consideradas as recomendações da Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁶⁾, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Processo N° 130/09, a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Pelotas/RS, sob o Parecer s/n de 8 de setembro de 2010, e ainda, a autorização das respectivas Direções e Chefias de Enfermagem dos Hospitais e das Chefias de Enfermagem das referidas UTIs, a fim de validar a proposta de trabalho e divulgar as informações.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia proposta e todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Após o procedimento analítico, foram construídas duas categorias: “A rede de apoio, a ordem/desordem e perturbações no ambiente de UTI” e “Convivendo com certezas, incertezas e contradições no ambiente de UTI”. Ressalta-se que essas categorias foram assim estruturadas pelo fato de comporem temáticas aglutinadoras do conjunto das categorias referentes aos resultados encontrados na referida Tese.

1. A rede de apoio, a ordem/desordem e perturbações no ambiente de 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, como os pacientes e seus familiares precisam sentirem-se parte integrante desse ambiente, a fim de formar uma rede de relações e interações dinâmica e sensível às singularidades humanas.

A UTI é uma unidade muito complexa e parece ser um ambiente à parte do hospital. Sendo assim, pode

dar a impressão que é uma unidade independente dentro hospital, embora esteja extremamente interligada e dependente do mesmo. No entanto, a UTI necessita continuamente de diversos serviços de apoio do próprio hospital, que dão suporte contínuo, ininterrupto e prioritário à UTI, como o Serviço de Lavanderia, o Laboratório de Análises Clínicas, o Serviço de Manutenção, o Bloco Cirúrgico, o Banco de Sangue, o Serviço de Hemodiálise, a Farmácia, o Serviço de Nutrição e outros, que dão suporte direto à UTI.

Com base nessas constatações, esboçou-se a rede de apoio do ambiente de cuidados em UTI Adulto, sob uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde, envolvendo as demandas vinculadas direta e/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 ainda outras UTIs e hospitais, como os de contrarreferência. Além destes, também fazem parte mais diretamente dessa rede de apoio da UTI Adulto, os gestores, os profissionais da saúde, os profissionais dos serviços de apoio intra-hospitalar, os familiares, amigos e conhecidos dos pacientes, os familiares, amigos e conhecidos dos pacientes. Essa rede de apoio encontra-se ilustrada na Figura 1 a seguir.

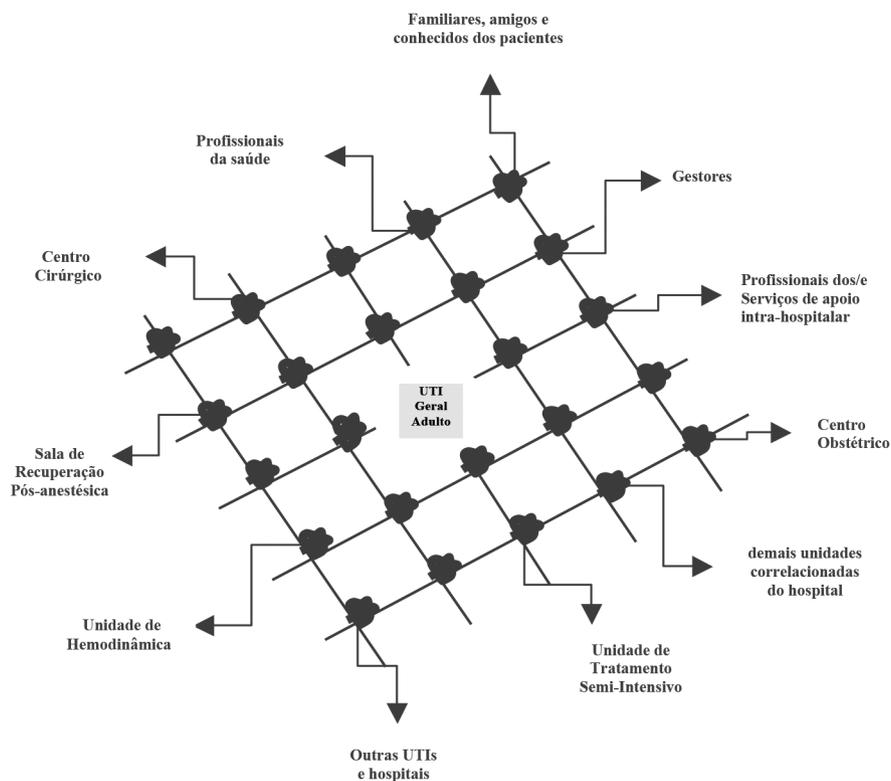


Figura 1. Rede de apoio do ambiente de cuidados em UTI Adulto
Fonte: Backes³ (elaboração própria).

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, desequilíbrios e/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 da UTI, e ainda separados dos familiares. Dito de outro modo pode-se dizer que os profissionais têm dificuldades para transcender o cuidado pontual e técnico.

Nesta perspectiva, o fato de optar em trabalhar no ambiente de UTI, confirma o que, algumas vezes, já se ouviu dizer que: *“trabalhar na UTI é melhor porque a gente não precisa estar se envolvendo com os familiares”*. Assim, esta fala evidencia 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.

Para grande parte dos profissionais, a família ainda soa como “desordem” 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 será 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 de sua esposa, o médico já não sabia mais o que fazer procurou fugir da família para não falar da gravidade da paciente, conforme a fala: *“No dia em que era boa [a notícia] ele já vinha dando risada. Quando vinha com a testa toda enrugada assim, e de cabeça baixa, sabe? Daí a notícia não era muito boa. Daí ele vinha, um dia só nós tivemos que cassar ele, mas aquele dia ele não tava querendo falar, que aí tinha dado lá dentro da UTI tinha dado uma parada”*. Assim, 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 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” também é 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 no turno da manhã em uma das UTI estudadas. Portanto, pelo pensar dos profissionais, entendido como reducionista, o paciente é apreendido como um ser isolado, desconectado de suas relações familiares e sociais.

2. Convivendo com certezas, incertezas e contradições no ambiente de UTI

Na UTI, o ambiente marcado pela alta complexidade, o convívio direto e constante com certezas, incertezas e contradições é inevitável. A revelação do diagnóstico, do quadro clínico e/ou perda do paciente constitui-se em um processo, às vezes, difícil para os profissionais.

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 com base em uma relação sujeito-objeto. Ficou evidente também, que existem poucos espaços de discussão e reflexão dialógica, no sentido de repensar as certezas e propiciar novas formas de pensar e fazer.

No entanto, 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 flexibilização, com a ampliação do número de horários e da duração da visita. Em algumas UTIs, o ambiente foi adaptado para permitir a iluminação natural e visualização externa aos pacientes. Há ainda UTI onde sempre que possível, os pacientes são estimulados a interagirem entre si. Também os familiares buscam interagir antes, durante e após os horários de visita, procuram assim ser solidários uns com os outros. Procuram se conhecer, conversar apoiar-se mutuamente, sobretudo, nos momentos mais difíceis.

Assim, pelo fato de o paciente ficar em box individualizado na UTI ou ficar com os demais pacientes em um mesmo salão, apresenta vantagens e desvantagens do ponto de vista dos entrevistados. De modo que manter o paciente isolado parece ser mais tranquilizante para o mesmo. No entanto, o ser humano precisa de relações e interações para não se sentir só e poder interagir e conviver com os demais, para sentir-se vivo. De outro modo, ver outros pacientes em uma condição mais grave, mais debilitada e presenciar o óbito dos mesmos, pode ser assustador para um paciente que se encontra consciente e em condição melhor. Essas situações indicam 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 realizar outros estudos sobre a estrutura física da UTI, a fim de conhecer o que realmente é melhor para os pacientes.

Dessa maneira, pode-se dizer que o ambiente de cuidados em UTI é um ambiente vivo, dinâmico e complexo,

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. Assim, a Figura 2 a seguir procura ilustrar essa integração circular e sistêmica do ambiente de UTI.

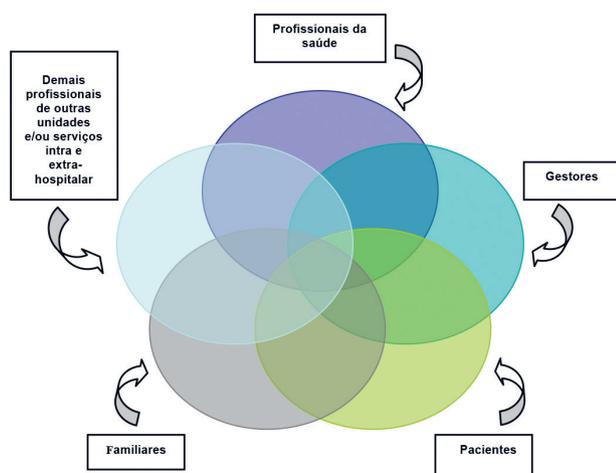


Figura 2. As relações e interações no ambiente de cuidados em UTI

Pelo fato de ser um ambiente restrito que comporta alta tecnologia, a UTI por si só fomenta relações e interações entre os profissionais, bem como a possibilidade do trabalho em equipe. Também foi evidenciado que, normalmente, os profissionais optam e preferem atuar nesse ambiente pela possibilidade de aprendizado contínuo, por gostarem do trabalho, pelas intensas e profundas relações profissionais, mesmo que acompanhadas por conflitos, e ainda por manterem pouco contato com os familiares dos pacientes.

DISCUSSÃO

Na rede de apoio do ambiente de cuidados em UTI Adulto, construída com base neste estudo, entendida como um conjunto de conexões ou um conjunto de elementos interconectados⁽⁷⁾ 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.

Para o Ministério da Saúde, torna-se necessário assistir os pacientes críticos ou potencialmente críticos

pautados em uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde, incluindo não apenas as UTIs, mas também outras unidades, serviços e hospitais que compartilhem dessa responsabilidade junto às UTIs, tanto em instituições hospitalares, como em outras unidades e serviços de saúde de atendimento a pacientes críticos, que apresentam ou não, diferentes níveis de complexidade ou especialização⁽⁸⁾.

Assim, o ambiente de UTI, concebido como “Alta Complexidade”, por envolver um conjunto de procedimentos com alta tecnologia, altos custos, altos processos e recursos humanos altamente qualificados⁽⁹⁾, é caracterizado, essencialmente, pela intensidade das relações e interações humanas e profissionais. Essa complexidade, no entender dos profissionais, pode ser integrada quando à medida que equipe interage entre si, aprova-se e estimula-se mutuamente. Contudo, trata-se de um local que precisa continuamente ser (re)organizado e retro-alimentado pelas interações, tanto internas, como externas ao ambiente de UTI.

A promoção de um cuidado interativo e integral requer ir além da dimensão técnico-administrativa do ambiente de UTI e pensar na articulação das diferentes funcionalidades profissionais, na articulação dos distintos sistemas institucionais e operacionais e, sobretudo, 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^(10,11).

Promover um ambiente de cuidados, tendo como essência o ser humano como ser uno e complexo, implica, conforme Erdmann et al.⁽¹²⁾, na capacidade do profissional de compreender este ser como singular, autônomo, diferente e sociável, e só assim, 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.

Nesse contexto, não basta apenas os familiares interagirem entre si na sala de espera da UTI antes, durante e após os horários de visita, e os profissionais relacionarem-se bem e interagirem bem entre si dentro do ambiente de UTI. É essencial que essas interações sejam ampliadas, envolvendo todos os atores que compõem esse ambiente, de forma integrada. Para Morin⁽²⁾ isto requer um pensamento multidimensional, por meio 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.

Sendo assim, transmitir informações aos familiares ou passar o 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 médicos. Sob esse en-

foque, é preciso, gradativamente, repensar a sistematização do cuidado, no sentido de flexibilizar as normas e rotinas.

O ambiente de cuidados em UTI, com base em uma visão sistêmica, envolve, não apenas relações formais ou lineares/pontuais entre profissionais, familiares e pacientes, mas também relações informais. Assim, isto requer a aproximação dos profissionais dos pacientes e familiares, não apenas no sentido técnico, mas também no sentido de interação e não tentar fugir deles e evitar o contato e o envolvimento com os mesmos, pois, ao fugirem dos familiares, os profissionais estarão fugindo do próprio cuidado com o paciente no ambiente de UTI.

Estudo realizado com 15 auxiliares de enfermagem de uma UTI Neurológica Adulto em um hospital da cidade de São Paulo/SP, em 2001, constatou que a maioria, ou seja, oito auxiliares de enfermagem preferiam cuidar de pacientes que não se comunicavam verbalmente, ao passo que quatro preferiam cuidar daqueles que se comunicavam verbalmente e, para três auxiliares de enfermagem, tanto fazia se o paciente conseguia ou não falar⁽¹³⁾. Para as autoras, os auxiliares de enfermagem que relataram preferir cuidar de pacientes que não falavam, justificaram sua resposta, alegando não possuírem condições para dar apoio psicológico aos pacientes conscientes, pela falta de tempo e preparo para isso e também por considerarem ser mais fácil cuidar da dimensão fisiológica.

O cuidado direto e intensivo no ambiente de UTI realmente demanda muito tempo por parte dos profissionais, especialmente, dos profissionais de enfermagem, que permanecem por mais tempo envolvidos no cuidado direto e intensivo aos pacientes, e que permanecem mais próximos do leito dos mesmos, quando comparados com os demais profissionais da UTI. Além da falta de preparo para dar apoio psicológico aos pacientes conscientes, esta constatação reflete a dificuldade que os profissionais apresentam para lidar com as situações limite entre a vida e a morte, o sofrimento e a terminalidade, o que aponta para a necessidade de melhorar a formação dos mesmos.

Em outro estudo realizado com 12 visitantes de pacientes internados na UTI de um hospital universitário do Rio de Janeiro, os autores recomendam para as equipes de enfermagem de UTI que privilegiem novos modelos de cuidar que superem o cuidado puramente técnico e fragmentado, nos quais os visitantes dos pacientes, além de serem considerados parte integrante do ambiente de cuidados em UTI, também sejam tratados como clientes⁽¹⁴⁾. Estes autores recomendam ainda que os clientes sejam tratados e assistidos de forma humanizada, pela adoção de um sistema de comunicação eficaz e de incentivo à criação de espaços como sala de espera, para promover encontros entre a equipe de enfermagem e os visitantes. Sugerem também organização de grupos de reflexão com a equipe de enfermagem, a fim de capacitá-la para um cuidado mais humanizado para os visitantes.

De acordo com Morin⁽²⁾, a expectativa de uma melhora nas relações humanas entre as pessoas e consigo mesmas 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 em aceitar esta mudança e lutar para que isso aconteça, e também da habilidade e da capacidade de potencializar as múltiplas relações e interações que se processam de forma dinâmica, contínua, circular e sistêmica.

Nesse campo de discussões, a visão sistêmica 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 pronta para adentrar no universo da complexidade do cuidado. Mas, existem vias e caminhos diversos, capazes de abarcarem a multiplicidade de interações e associações sistêmicas⁽¹⁰⁾.

Finalmente considera-se que as questões e as discussões levantadas neste estudo precisam ter continuidade em outros estudos e devem fazer parte dos ambientes acadêmicos e assistenciais, tanto na UTI como em outros ambientes de cuidado em saúde e nas universidades, para que se possa avançar na compreensão sistêmica da saúde e melhorar as relações e interações interpessoais e interprofissionais, e também, viabilizar na prática a humanização dos ambientes de UTI, especialmente, no que diz respeito às relações e interações com os familiares dos pacientes internados nesses ambientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou realizar uma discussão baseada nas relações e interações interpessoais e profissionais no ambiente de cuidados em UTI, à luz do pensamento sistêmico/complexo.

Sendo assim, baseado no pensamento sistêmico/complexo, tudo pode ser 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, independente das condições e/ou espaço/ambiente 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”.

De acordo com os entrevistados, na UTI prevalece

ainda, na maioria dos casos, o cuidado técnico e rotineiro. Evidenciando-se assim, que a complexidade do ambiente de UTI, se reduz à alta tecnologia, com a finalidade de satisfazer as necessidades biológicas dos pacientes. Portanto, como é possível falar em ambientes humanizados, quando os referenciais ainda continuam sendo reducionistas e simplificados e como centrar em um plano de cuidados singular, quando esse ainda é apreendido de forma fragmentada e que, por vezes, ainda concebe o ser humano como se este fosse um objeto que recebe os cuidados passivamente.

Nesse contexto, pensar em um ambiente de UTI adequado para o cuidado integral e humanizado ao paciente, que compreende tecnologias diferenciadas

e profissionais técnicos e humanamente qualificados, implica apreender a complexidade em suas diferentes dimensões, aspectos, eventos e movimentos que compõem o cuidado em UTI. No entanto, essa complexidade precisa transcender o modelo de assistência biologicista, linear, pontual e fragmentado, no qual o ser humano é visto em partes fragmentadas.

Para atender às múltiplas dimensões e aspectos do cuidado ao ser humano, torna-se necessário a utilização de novos referenciais, capazes de envolverem a complexidade e a integralidade do cuidado no ambiente complexo e dinâmico de UTI. Assim, é preciso desenvolver uma visão ampliada do conjunto de elementos que compõe esse ambiente, com base em uma visão sistêmica e global.

REFERÊNCIAS

1. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2a ed. Sawaya CE, tradutor. São Paulo: Cortez; 2000.
2. Morin E. Ciência com consciência. 9a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
3. Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
4. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medelin: Editora da Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2002.
5. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. da Rocha LO, tradutor. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996 Out 10.
7. Capra F. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. 5a ed. Cipolla MB, tradutor. São Paulo: Cultrix, 2005. 296p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.071, de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005 Jul 4.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Alta complexidade [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2010 Dez 3]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/php/index.php>.
10. Erdmann AL, Backes DS, Minuzzi H. Care management in nursing under the complexity view. Online Braz J Nurs (Online) [Internet]. 2010 [cited 2010 Dec 29]; 7(1). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1033>.
11. Backes DS. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
12. Erdmann AL, Souza FG, Backes DS, Mello AL. Compreendendo o sistema de cuidados sob o olhar da complexidade. Rev Panam Enferm. 2006; 3(2):108-13.
13. Shimada AT, da Silva MJ. Paciente com e sem condições de verbalizar: qual a preferência dos auxiliares de enfermagem ao prestar cuidados integrados? Acta Paul Enferm. 2003; 16(2):49-55.
14. de Souza SR, Chaves SR, da Silva CA. Visitation in the ICU: a meeting of the unknown. Rev Bras Enferm. 2006; 59(5): 609-13.