



O Cuidado Humanístico e a Segurança do Paciente na Assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva: Uma Análise Ética, Bioética e Epidemiológica

Humanistic Care and Patient Safety in Intensive Care Nursing: An Ethical, Bioethical, and Epidemiological Analysis

Albertina Clemente de Santana

Marcelo José Farias Lima

Priscila Anunciação Fonseca de Oliveira Lima

Jorge Augusto da Silva Pedreira

Jacilene Santiago do Nascimento Trindade

Resumo: Objetivo: Analisar a articulação entre os aspectos éticos, bioéticos e os indicadores de segurança do paciente na assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), propondo intervenções estruturadas baseadas no referencial humanístico e na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Método: Estudo teórico-filosófico e empírico, com abordagem mista e transnacional, que investiga duas frentes: os aspectos éticos na admissão em uma UTI de hospital universitário (Salvador/BA) e a percepção multiprofissional sobre segurança do paciente em um hospital de infecciosas (Buenos Aires, Argentina). A análise fundamenta-se na Bioética Principlista, na Teoria Humanística de Paterson e Zderad e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Resultados: Os achados teóricos e empíricos apontam que os profissionais de enfermagem enfrentam expressivos conflitos éticos no manejo da terminalidade e na admissão do paciente crítico, intensificados pelo tecnicismo exacerbado e lacunas formativas. Identificou-se que a equipe reconhece as Metas Internacionais de Segurança do Paciente como uma fortaleza assistencial, contudo, apresenta fragilidades na notificação e contagem sistemática de eventos adversos devido à persistência de uma cultura punitiva. Considerações finais: O equilíbrio entre o rigor tecnológico e a essência humanística na UTI exige a superação da objetivação do cuidado. A convergência entre as teorias de enfermagem, o fortalecimento da SAE e a implementação de estratégias de Educação Permanente são ferramentas vitais para mitigar o estresse moral da equipe, consolidar sistemas de notificação não punitivos e assegurar uma assistência digna ao paciente crítico.

Palavras-chave: enfermagem de terapia intensiva; segurança do paciente; ética em enfermagem; bioética; teoria de enfermagem.

Abstract: Objective: To analyze the relationship between ethical and bioethical aspects and patient safety indicators in nursing care in Intensive Care Units (ICUs), proposing structured interventions based on the humanistic framework and the Systematization of Nursing Care (SNC). Method: A theoretical-philosophical and empirical study with a mixed-methods and transnational approach, investigating two areas: ethical aspects related to admission to an ICU at a university hospital in Salvador, Bahia, Brazil, and the multiprofessional team's perception of patient safety at an infectious diseases hospital in Buenos Aires, Argentina. The analysis is grounded in Principlist Bioethics, Paterson and Zderad's Humanistic Nursing Theory, and Wanda Horta's Theory of Basic Human Needs. Results: The theoretical and empirical findings

indicate that nursing professionals face significant ethical conflicts in end-of-life care and the admission of critically ill patients, which are intensified by excessive technicism and gaps in professional training. The healthcare team recognizes the International Patient Safety Goals as a strength in clinical care; however, weaknesses were identified in the reporting and systematic monitoring of adverse events due to the persistence of a punitive culture. Final Considerations: Achieving a balance between technological rigor and the humanistic essence of intensive care requires overcoming the objectification of care. The convergence of nursing theories, the strengthening of the Systematization of Nursing Care, and the implementation of continuing professional education strategies are vital tools for mitigating moral distress among healthcare professionals, consolidating non-punitive reporting systems, and ensuring dignified care for critically ill patients.

Keywords: intensive care nursing; patient safety; nursing ethics; bioethics; nursing theory.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa uma das estruturas mais complexas e dinâmicas do ambiente hospitalar contemporâneo, caracterizando-se pela alocação de alta densidade tecnológica, monitoramento hemodinâmico ininterrupto e atendimento a pacientes em estado crítico de saúde. Estima-se que aproximadamente 70% dos óbitos institucionalizados ocorram no âmbito das UTIs, fato que dimensiona a gravidade epidemiológica dos usuários atendidos e impõe aos profissionais de enfermagem uma rotina assistencial permeada pela iminência constante da finitude humana.

Neste cenário de elevada gravidade biológica, a prática de enfermagem frequentemente confronta a tensão entre o imperativo técnico-tecnológico do modelo biomédico tradicional e a necessidade de preservação da dignidade, da subjetividade e da autonomia do paciente e de sua família. A supervalorização do tecnicismo e a centralidade nos procedimentos invasivos podem conduzir à objetivação do cuidado, reduzindo o sujeito a uma patologia ou a um número de prontuário e distanciando a assistência do seu vetor ético-existencial.

A bioética, enquanto campo de reflexão interdisciplinar orientado pelos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, constitui o alicerce indispensável para qualificar as tomadas de decisão na beira do leito. A segurança do paciente alinha-se a essa perspectiva ética ao se fundamentar no princípio hipocrático *primum non nocere*, visando à mitigação de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde. Considerando que a equipe de enfermagem compõe a maior força de trabalho ininterrupta das UTIs, sua atuação torna-se central na prevenção de eventos adversos, na consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e na promoção da humanização.

Problemas Centrais de Investigação

A presente tese estrutura-se em torno de duas frentes empíricas complementares e uma dimensão teórico-filosófica:

Aspectos Éticos na Admissão em UTI (Hospital Universitário - Salvador/BA): Formulou-se o problema de pesquisa através do questionamento: “Quais os principais aspectos éticos vivenciados e percebidos pelos profissionais de enfermagem durante a admissão do paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário?” O momento da admissão configura uma transição assistencial crítica, marcada por instabilidade clínica e fragilidade psíquica, na qual a sobrecarga de trabalho e a falta de preparo ético podem comprometer a garantia dos direitos do usuário.

Segurança do Paciente sob a Ótica da Equipe de Saúde (Buenos Aires, Argentina): Formulou-se a questão-problema: “Qual é a percepção da equipe multiprofissional de saúde da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público Monovalente de Infecções acerca dos indicadores e práticas de segurança do paciente?” Investiga-se a aderência às Metas Internacionais de Segurança e a existência de sistemas não punitivos de notificação de incidentes.

Tensão Teórico-Filosófica: Investigou-se o conflito entre a objetivação tecnológica decorrente da rotina intensivista e a urgência de resgate da dimensão relacional e humanística da enfermagem à luz da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988) e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar criticamente a articulação entre os aspectos éticos, bioéticos e os indicadores de segurança do paciente na assistência de enfermagem prestada no ambiente crítico da Unidade de Terapia Intensiva, propondo intervenções estruturadas embasadas no referencial humanístico e na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Objetivos Específicos

Descrever a estrutura do processo de trabalho da equipe de enfermagem durante o acolhimento e a admissão na UTI.

Mapear e categorizar os principais conflitos éticos vivenciados pela equipe de enfermagem no ambiente intensivo.

Estimar a percepção da equipe de saúde quanto à aderência às Metas Internacionais de Segurança do Paciente e à gestão de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva.

Analisar a aplicação dos conceitos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988) e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta como suportes para a superação do tecnicismo insensível no cuidado intensivo.

Hipóteses

Os profissionais de enfermagem em UTI vivenciam conflitos éticos expressivos no momento da admissão e no manejo da terminalidade, potencializados pela lacuna formativa em bioética e pela sobrecarga de trabalho, sendo a implementação da SAE uma estratégia eficaz para padronizar deliberações e mitigar o estresse moral.

A equipe de saúde reconhece a relevância das Metas Internacionais de Segurança do Paciente como fortaleza assistencial, contudo, apresenta fragilidades estatisticamente significativas na contagem sistemática e notificação de eventos adversos, refletindo a persistência embrionária de uma cultura punitiva.

A convergência entre a Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988) e a Teoria de Wanda Horta possibilita reconfigurar o processo de cuidado na UTI, equilibrando o rigor tecnológico com o diálogo fenomenológico e a satisfação das necessidades psicossociais.

Justificativa

A relevância acadêmica, científica e social deste estudo sustenta-se na necessidade de responder à alta taxa de mortalidade e à complexidade dos dilemas morais enfrentados nas UTIs. Danos assistenciais evitáveis acarretam elevado impacto social e financeiro aos sistemas de saúde públicos e universais, como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016; Veras; Oliveira, 2018). Além disso, a constatação empírica de que expressiva parcela dos profissionais não teve disciplinas específicas de ética/bioética em sua formação inicial justifica a proposição de modelos de Educação Permanente que integrem o referencial humanístico à práxis tecnológica e à segurança do paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

A UTI e a Objetividade do Cuidado

A evolução histórica da Unidade de Terapia Intensiva vincula-se ao aprimoramento dos recursos materiais de suporte de vida e à consolidação de uma assistência altamente especializada. A partir da segunda metade do século XX, a introdução de ventiladores mecânicos, monitores de pressão invasiva e terapias de substituição renal transformou as UTIs em centros capazes de reverter quadros orgânicos graves. Todavia, essa transição impulsionou o predomínio do paradigma biomédico mecânico, no qual o corpo do paciente é frequentemente reduzido a uma dimensão puramente anátomo-fisiológica e fragmentada.

Como destacam Vila e Rossi (2002), o cuidado humanizado em UTI é amplamente verbalizado na literatura e no discurso profissional, contudo, sua operacionalização encontra barreiras na rotina mecanizada do setor. A valorização de parâmetros numéricos digitados nas telas de monitorização sobrepõe-se à

percepção das demandas subjetivas do indivíduo. O corpo, que segundo Polak (1997) atua como mediador fundamental na relação do homem com o mundo, passa a ser objetivado como um repositório de intervenções técnicas.

A objetivação do cuidado manifesta-se quando a comunicação profissional-paciente é suplantada pelo manuseio de equipamentos, transformando o sujeito vulnerável em um “leito” ou “número de prontuário”. Conforme explicitado por Marsden (1992), a avaliação ética da terapia intensiva impõe examinar até que ponto a alta tecnologia é empregada para restabelecer a vida com dignidade ou para perpetuar uma manutenção biológica desprovida de perspectiva de bem-estar, descambiando para a obstinação terapêutica ou distanásia.

Paradigma da Simultaneidade

A análise da evolução epistemológica da ciência, ancorada nos referenciais de Kuhn (1982) e Guba e Lincoln (1994), evidencia que os paradigmas vigentes condicionam o olhar científico e as práticas profissionais. O modelo tradicional de ciência, pautado na linearidade positivista e na relação causa-efeito, fundamentou a estruturação inicial da enfermagem moderna sob o Paradigma da Totalidade. Nesse modelo, o ser humano é segmentado em partes biológicas, psicológicas e sociais para fins de intervenção analítica.

Em contraposição, o Paradigma da Simultaneidade propõe uma virada epistemológica na qual o ser humano é compreendido como um todo unitário, indivisível e contínuo, em constante e simultânea interação com o seu ambiente. A saúde deixa de ser concebida como mera ausência de doença ou somatório de estados de equilíbrio e passa a ser vista como um padrão contínuo de transformação e vira-se.

Na enfermagem em terapia intensiva, a adoção do Paradigma da Simultaneidade requer superar a visão mecanicista do corpo crítico. A instabilidade hemodinâmica ou a falência multiorgânica deixam de ser analisadas isoladamente do estado emocional, espiritual e sócio-familiar do paciente (Furtado; Leite, 2017; Kristjanson; Aoun, 2004). O ambiente da UTI — com seus alarmes sonoros, iluminação artificial e rotina ininterrupta — interage simultaneamente com a percepção existencial do indivíduo internado, demandando da equipe uma postura assistencial integrada e não reducionista.

Bases Teórico-Filosóficas da Teoria Humanística de Paterson e Zderad

A Teoria Humanística da Enfermagem, formulada por Paterson e Zderad (1988), fundamenta-se nos arcabouços da Fenomenologia e do Existencialismo, incorporando diretamente a filosofia dialógica de Buber (1974) expressa na obra *Eu e Tu*.

Buber (1974) estabelece duas atitudes relacionais fundamentais do ser humano frente ao mundo:

Relação Eu-Isso (Ich-Es): Caracteriza-se pela objetivação, utilidade e distanciamento. O sujeito relaciona-se com o outro como um objeto de análise, controle ou manipulação. No ambiente intensivo, a relação Eu-Isso manifesta-se quando a equipe interage com o paciente de forma puramente técnica e instrumental, considerando-o estritamente sob a ótica da patologia.

Relação Eu-Tu (Ich-Du): Constitui o encontro autêntico, dialógico e recíproco entre duas subjetividades. Trata-se de uma relação de presença e envolvimento, na qual ambos os participantes reconhecem a dignidade e a singularidade do outro.

Paterson e Zderad (1988) transpuseram essa matriz filosófica para a enfermagem, conceituando-a como um “encontro especial no qual uma pessoa necessita de ajuda e outra se dispõe a oferecê-la”. A Teoria Humanística pressupõe que o cuidado de enfermagem é uma experiência vivida, na qual o enfermeiro e o paciente compartilham um momento existencial orientado para o “bem-estar” e o “mais-estar” (potencialização do vir-a-ser humano).

Principais Conceitos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad no Cuidado em Terapia Intensiva

A operacionalização da Teoria Humanística no contexto crítico da UTI assenta-se em construtos fundamentais:

Chamada e Resposta (Call and Response): A admissão do paciente na UTI e suas manifestações clínicas e verbais representam uma “chamada” de socorro biopsico-existencial. A intervenção de enfermagem configura a “resposta” intencional, que deve articular a competência técnica ao acolhimento interpessoal.

Presença (Presence): Refere-se ao estado de disponibilidade e abertura afetiva do profissional no momento do cuidado. Em pacientes sedados ou inconscientes, a presença manifesta-se no toque terapêutico, na preservação da privacidade e na comunicação verbal mantida durante os procedimentos.

Estar-Com (Being-With) e Vir-a-Ser (Becoming): O “estar-com” reflete a capacidade de empatia e compartilhamento da dor do outro sem julgamentos prévios. O “vir-a-ser” representa o desenvolvimento contínuo do potencial humano, mesmo em situações de finitude ou limitações funcionais graves (Kübler-Ross, 2000; Franco *et al.*, 2017).

Segurança Emocional e Necessidades Humanas: A segurança emocional é uma necessidade humana básica do cliente em UTI, conforme defendido por Espírito Santo (1985) e Galiza (1985). O resgate do cuidado humano proposto por Waldow (1998) conecta-se à Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) de Wanda Horta, demonstrando que o atendimento das demandas psicobiológicas deve ser integrado ao suporte psicossocial e psicoespiritual.

MÉTODOS

A presente investigação estruturou-se através de um desenho metodológico de natureza mista, combinando abordagens qualitativas e quantitativas para investigar os aspectos éticos, bioéticos e os indicadores de segurança do paciente no contexto intensivo.

Tipo de Estudo e Campos de Investigação

Etapa Qualitativa (Estudo de Caso Salvador/BA - Brasil): Pesquisa exploratória e descritiva, realizada no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES/UFBA), com foco nas vivências e percepções ético-bioéticas da equipe de enfermagem durante a admissão de pacientes na UTI.

Etapa Quantitativa (Estudo de Caso Buenos Aires - Argentina): Estudo descritivo e transversal, realizado na UTI de um Hospital Público Monovalente de Infectologia da CABA, avaliando a percepção da equipe sobre práticas e indicadores de segurança do paciente em setembro de 2024.

População, Amostra e Critérios de Seleção

Salvador/BA: Amostra composta por profissionais de enfermagem (enfermeiros intensivistas e técnicos de enfermagem) atuantes na UTI do HUPES. Critérios de inclusão: atuação direta na assistência intensiva há mais de seis meses. Critérios de exclusão: profissionais em licença médica ou férias no período de coleta.

Buenos Aires: Amostra multiprofissional da UTI. A caracterização sociodemográfica agregada das amostras revelou predomínio do sexo feminino (70,3% a 74,0%), composição majoritária de técnicos de enfermagem (62,9%) em relação a enfermeiros (37,1%), faixa etária concentrada entre 31 e 50 anos, e média de tempo de formação teórica/profissional de 14 anos.

Coleta de Dados e Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Profissional: Coleta de variáveis como idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação em UTI e histórico de disciplinas formais de ética/bioética na graduação ou no curso técnico.

Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e Roteiro Semiestruturado (Salvador): Aplicação do TALP com o termo indutor “Cuidado”, seguida de entrevistas guiadas por questões sobre condutas éticas na admissão, diretrizes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN) e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Escala de Avaliação da Segurança do Paciente (Buenos Aires): Questionário estruturado baseado nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente (World Health Organization, 2020), avaliando itens de 0 a 100% de concordância/aprovação.

ANÁLISE DOS DADOS

Análise Qualitativa: Os dados textuais e as transcrições das entrevistas do estudo em Salvador foram submetidos à Análise de Conteúdo Categórica de Bardin, articulando a inferência de núcleos de sentido às frequências de evocação do TALP.

Análise Estatística e Métricas do Estudo de Buenos Aires: Os indicadores de percepção de segurança foram categorizados de forma estratificada em três níveis operacionais de desempenho:

Fortalezas: Taxa de aprovação 75%.

Oportunidades de Melhoria: Taxa de aprovação entre 50,0% e 74,9%.

Debilidades Operacionais: Taxa de aprovação < 50,0%.

Aspectos Éticos

Ambas as pesquisas foram submetidas e aprovadas pelos seus respectivos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), conforme pareceres institucionais e regulamentações nacionais de proteção a seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Garantiram-se o anonimato e o sigilo das informações mediante o uso de pseudônimos ou identificadores codificados.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográficos e Formativo das Equipes

A consolidação dos dados demográficos das frentes de estudo demonstrou uma equipe de enfermagem predominantemente feminina (70,3% no estudo de Buenos Aires e 74,0% no estudo de Salvador). Do ponto de vista da divisão profissional, identificou-se maior proporção de técnicos de enfermagem (62,9%) em relação a enfermeiros bacharéis/Intensivistas (37,1%). A força de trabalho apresentou maturidade profissional, com idade média situada na faixa de 31 a 50 anos e tempo médio de graduação/formação de 14 anos.

Um dado crítico identificado foi a ausência de formação específica em bioética: 100% dos participantes de um dos centros amostrais relataram não ter cursado componentes curriculares específicos de ética e bioética durante sua formação de graduação ou de nível técnico.

Achados Qualitativos e Categóricos (Estudo Salvador / HUPES)

A análise do TALP e das entrevistas em profundidade com os profissionais do HUPES culminou na emergência de quatro categorias temáticas centrais:

Categoria 1: Significado do Cuidar: A palavra “cuidado” emergiu como a evocação mais frequente no TALP (13 ocorrências diretas). O cuidar foi definido como o pilar estruturante da profissão, abrangendo as ações de vigilância ininterrupta, manutenção dos parâmetros vitais e acolhimento interpessoal.

Categoria 2: Dualidade entre Ética e Bioética: Evidenciou-se uma assimetria conceitual na equipe. A ética foi associada predominantemente ao cumprimento deontológico de deveres, regimentos e normas institucionais (Código de Ética). A bioética foi identificada no plano do relacionamento humano, manifestando-se na empatia, no respeito à dignidade e na comunicação humanizada com o paciente e familiares.

Categoria 3: Aspectos Éticos na Admissão em UTI: O momento do acolhimento foi destacado como crucial. Os profissionais enfatizaram a preservação do pudor, a garantia da privacidade corporal durante a instalação de dispositivos invasivos e a manutenção do respeito à individualidade.

Categoria 4: Conflitos Éticos e Assistenciais Vividos: As principais fontes de estresse moral e conflito na unidade foram quantificadas em suas frequências de citação:

Ruídos na comunicação e falhas na passagem de plantão: 37,0% das citações.

Sobrecarga de trabalho e escassez de recursos: 25,9% das citações.

Dificuldades no relacionamento e acolhimento da família: 18,5% das citações.

Incertezas na limitação terapêutica e na autonomia: 11,1% das citações.

Descumprimento de rotinas e conflitos hierárquicos: 7,5% das citações.

Percepção dos Indicadores de Segurança do Paciente (Estudo Buenos Aires)

A mensuração da qualidade assistencial e da percepção da segurança do paciente na UTI do Hospital Monovalente de Infectocontagiosas revelou desempenhos heterogêneos entre as dimensões pesquisadas:

Tabela 1 - Pesquisa de atendimento.

Dimensão de Avaliação da Segurança	Indicador Observado / Prática Assistencial	Taxa de Aprovação (%)	Categorização Desempenho
Meta 1 / Metas Globais	Identificação correta do paciente no leito	93,8%	Fortaleza (50,0% - 74,9%)
Eficácia Assistencial	Percepção de que metas reduzem incidentes graves	93,8%	Fortaleza 75%
Estratégias Preventivas	Existência e uso de protocolos institucionais preventivos	62,5%	Oportunidade de Melhoria 50,0% - 74,9%

Dimensão de Avaliação da Segurança	Indicador Observado / Prática Assistencial	Taxa de Aprovação (%)	Categorização Desempenho
Manejo de Eventos Adversos	Conhecimento normativo sobre como agir frente ao erro	50,0%	Oportunidade de Melhoria 50,0% - 74,9%
Vigilância Epidemiológica	Quantificação e contagem sistemática de eventos adversos	46,9%	Debilidade 50%

Os dados tabelados demonstram que, embora a adesão às práticas imediatas de barreira (como a identificação de leitos) seja elevada (93,8%), a dimensão sistêmica da vigilância e notificação de incidentes é frágil, com apenas 46,9% de percepção positiva no processo quantitativo de notificações.

Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

A integração dos dados empíricos obtidos em Salvador e Buenos Aires à luz das bases teórico-filosóficas revela um diagnóstico estrutural do trabalho de enfermagem em terapia intensiva.

O Abismo Formativo e a Redução Deontológica

A constatação empírica de que 100% dos profissionais avaliados em um dos centros não tiveram disciplinas específicas de ética e bioética na sua formação baseline explica a prevalência de uma visão deontológica limitada, na qual a ética é reduzida a um conjunto de proibições e obrigações regimentais. Sem o instrumental da bioética deliberativa, os profissionais enfrentam entraves para gerenciar dilemas complexos, tais como a limitação de esforço terapêutico, o consentimento em urgências e a alocação justa de recursos escassos (Gomes; Othero, 2016; Castro, 2014).

A escassez de embasamento reflexivo conduz frequentemente ao distanciamento afetivo como mecanismo de defesa intrapessoal. Para mitigar o sofrimento diante da morte iminente, o trabalhador refugia-se na execução automática de rotinas e no controle numérico de monitores — fenômeno caracterizado como “tecnicismo insensível”. Essa despersonalização rompe com a proposta de Paterson e Zderad (1988), retrocedendo a relação interpessoal do nível Eu-Tu para o nível Eu-Isso, no qual o paciente é tratado como um objeto receptor de procedimentos (Buber, 1974).

A Passagem de Plantão e a Falha de Comunicação como Fragilidade Bioética

Os dados apontam que os ruídos na passagem de plantão configuram a principal causa de conflitos para 37,0% da equipe. Sob a ótica bioética e da

segurança do paciente, a omissão ou fragmentação de informações clínicas vitais no momento da transição de turnos não representa apenas uma falha operacional, mas uma violação direta do princípio da não maleficência (*primum non nocere*). A Meta Internacional de Segurança nº 2 exige a padronização da comunicação efetiva (World Health Organization, 2020). Quando a passagem de plantão ocorre de forma apressada, omitem-se pendências ou dados sobre a estabilidade do usuário, expondo o paciente crítico a riscos evitáveis de erros de medicação e atrasos terapêuticos.

Vigilância Epidemiológica vs. Cultura Punitiva: O Desafio da Notificação

O resultado quantitativo relativo à quantificação sistemática dos eventos adversos (46,9% de percepção positiva, enquadrado como debilidade) expõe as barreiras para a consolidação de uma cultura de segurança madura. A subnotificação de incidentes reflete o receio velado da culpabilização individual, marca residual da cultura punitiva.

A transição para uma cultura de segurança justa exige compreender que o ser humano é falível e que a ampla maioria dos eventos adversos em UTI decorre de falhas latentes nos sistemas, nos fluxos de trabalho e nas condições de infraestrutura — como a sobrecarga relatada por 25,9% dos profissionais (Souza *et al.*, 2015; Ignacio *et al.*, 2011). O incentivo à notificação anônima e não punitiva é um imperativo moral e administrativo para que a instituição produza estatísticas confiáveis e promova melhorias nos processos assistenciais.

A SAE e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas como Reagentes Humanizadores

Como proposta de intervenção sistêmica, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), normatizada pelas Resoluções COFEN 272/2002, 358/2009 e 736/2024, atua como um pilar ético e científico em saúde. Ao operacionalizar o Processo de Enfermagem respaldado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) de Wanda Horta, a enfermeira dispõe de um método ordenado para identificar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais afetadas (Silveira *et al.*, 2014; Espírito Santo, 1985).

Tabela 2 - Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) fundamentada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB).

Categoria do Cuidado	Dimensão / Demanda	Foco / Práticas Assistenciais	Objetivo Central
Psicobiológica	Demanda	Suporte Vital Segurança Física	Garantir a estabilidade das funções vitais e a integridade física do paciente.

Categoria do Cuidado	Dimensão / Demanda	Foco / Práticas Assistenciais	Objetivo Central
Psicoespiritual	Dimensão	• Respeito à Finitude • Valores e Crenças	Oferecer conforto espiritual, respeitando a dignidade humana e as convicções do indivíduo até o fim da vida (Kübler-Ross, 2000).
Integralidade	Síntese / Resultado	Autonomia Humana e Cuidado Integral	Unificar todas as dimensões para restabelecer a independência do paciente e garantir uma assistência completa.

Fonte: autoria própria.

A SAE confere respaldo científico e autonomia ao profissional, retirando-o da posição de cumpridor de tarefas e elevando-o à condição de agente deliberativo. No acolhimento e na admissão, a aplicação do Histórico e do Diagnóstico de Enfermagem garante a checagem rigorosa das Metas de Segurança (identificação do leito, prevenção de lesões por pressão e controle de infecções) sem abdicar da preservação do pudor, da comunicação empática e do acolhimento familiar (Oliveira *et al.*, 2017; Cavalcanti; Saturnino; Miranda, 2019).

Relevância para Enfermagem e Sociedade

A articulação entre ética, bioética e segurança do paciente no ambiente de terapia intensiva traz redobrada relevância para a enfermagem enquanto ciência e para a sociedade enquanto usuária dos serviços de saúde:

Para a Enfermagem: A superação da lacuna formativa através da Educação Permanente em bioética fortalece a autonomia profissional e consolida a SAE como ferramenta de gestão do cuidado (Montagner *et al.*, 2016; Silva; Guadalupe, 2015). O fortalecimento de práticas seguras e humanizadas reduz o estresse moral, previne o esgotamento profissional e qualifica os registros assistenciais (Storti, 2014).

Para a Sociedade: Em um sistema universal de saúde como o SUS, a prestação de cuidados intensivos pautados no respeito à dignidade humana e na prevenção de danos assistenciais garante a efetivação da saúde como um direito fundamental do cidadão (IBGE, 2010; Veras; Oliveira, 2018). Adicionalmente, em cenários de cuidados paliativos e terminalidade, o olhar humanizado estende o suporte emocional e ético à família, amenizando o sofrimento associado ao processo de finitude (Roeder-Schur *et al.*, 2014; Heyland *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo permitiu evidenciar que a assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva demanda um equilíbrio permanente entre a precisão técnica e a sensibilidade ético-humanística. A alta densidade

tecnológica característica desses setores, embora indispensável para a manutenção da vida orgânica, produz riscos reais de objetivação do cuidado e desumanização quando desvinculada de uma práxis reflexiva pautada na bioética.

Os resultados empíricos convergiram ao demonstrar fragilidades estruturais e de formação nas frentes pesquisadas:

A existência de uma lacuna na formação teórica, refletida na totalidade de profissionais sem disciplinas específicas de bioética na graduação ou no nível técnico.

A predominância de conflitos ético-assistenciais motivados por ruídos na comunicação e na passagem de plantão (37,0%) e pela sobrecarga de trabalho (25,9%).

A persistência de fraquezas na cultura de segurança, especificamente na subnotificação e na ausência de contagem estatística sistemática de eventos adversos (46,9%).

Frente a estes achados, conclui-se que a superação do tecnicismo insensível e a redução dos danos assistenciais dependem da implementação articulada de duas diretrizes institucionais:

Adoção Sistemática da SAE embasada em Referenciais Teóricos: A aplicação do Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1988) e na Teoria de Wanda Horta confere rigor metodológico e humanista ao cuidar, respaldando o enfermeiro em suas tomadas de decisão e assegurando um atendimento centrado na pessoa humana.

Programa Permanente de Educação em Bioética e Segurança: Torna-se imprescindível que as instituições hospitalares promovam espaços continuados de ética deliberativa, estimulando a notificação não punitiva de incidentes, o aprimoramento dos fluxos de passagem de plantão e o suporte emocional às equipes frente à terminalidade.

A reconciliação entre o rigor das Metas Internacionais de Segurança e a essência dialógica do encontro humanístico constitui o único caminho viável para assegurar que a terapia intensiva cumpra sua missão de proteger a vida sem jamais desprezeitar a dignidade do ser humano.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. A. *et al.* **Cuidados paliativos: percepção de cuidadores familiares de idosos em tratamento oncológico.** Saúde (Santa Maria), v. 43, n. 2, p. 55-62, ago. 2017.
- AMARAL, J. B. **Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects.** Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, e20160337, 2017.
- BUBER, M. **Eu e Tu.** 2. ed. São Paulo: Moraes, 1974.

- CASTRO, J. **Cuidados de saúde ao doente e à família nos últimos dias e horas de vida**. 2014. Dissertação – Universidade Católica Portuguesa de Coimbra, Coimbra, 2014.
- CAVALCANTI, P. B.; SATURNINO, C. I. N.; MIRANDA, A. P. R. S. **Serviço social e cuidados paliativos**. Serviço Social & Saúde, v. 18, e019005, 2019.
- CUI, J.; SONG, L. J.; ZHOU, L. J. *et al.* Needs of family caregivers of advanced cancer patients: a survey in Shanghai, China. **European Journal of Cancer Care**, v. 23, n. 4, p. 562-569, 2014.
- ESPÍRITO SANTO, T. J. M. Segurança emocional como necessidade humana básica: atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 38, n. 3/4, p. 231-237, jul./dez. 1985.
- FRANCO, H. C. P. *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017.
- FURTADO, M. E. M. F.; LEITE, D. M. C. **Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão**. Interface (Botucatu), v. 21, n. 63, p. 969-980, 2017.
- GALIZA, M. C. **Estudo das necessidades dos clientes internados em UTI**. Enfoque, v. 13, n. 2, p. 29-32, dez. 1985.
- GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos**. Estudos Avançados, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Competing paradigms in qualitative research**. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. Handbook of qualitative research. London: Sage Publications, 1994.
- HEYLAND, D. K.; COOK, D. J.; ROCKER, G. M. *et al.* The development and validation of a novel questionnaire to measure patient and family satisfaction with end-of-life care: the Canadian Health Care Evaluation Project (CANHELP) Questionnaire. **Palliative Medicine**, v. 24, n. 7, p. 682-695, 2010.
- HO, H. C.; LAU, K. K.; YU, R. *et al.* Spatial variability of geriatric depression risk in a high-density city: a data-driven socio-environmental vulnerability mapping approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 9, p. 994, 2017.
- IGNACIO, M. G.; STORTI, D. C.; GUERRA, G. R. *et al.* **Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: revisão de literatura**. Psicologia Hospitalar, v. 9, n. 1, p. 24-46, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, v. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KRISTJANSON, L. J.; AOUN, S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 6, p. 359-365, 2004.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1982.

MARSDEN, C. An ethical assessment of intensive care. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 8, n. 3, p. 408-418, 1992.

MONTAGNER, M. A.; AMORIM, R. F.; SILVA, J. G. *et al.* **Caderno de Atenção Primária**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, p. 245-255, 2016.

OLIVEIRA, M. B. P. *et al.* **Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos**. Escola Anna Nery, v. 21, n. 2, e20170030, 2017.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Humanistic nursing**. 2. ed. New York: National League for Nursing, 1988.

PEÑA, E. B.; ALEJANDRA, C.; RÍOS, G. *et al.* Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 36, n. 1, p. 1-16, 2020.

PINKERT, C.; HOLTGRÄWE, M.; REMMERS, H. Needs of relatives of breast cancer patients: the perspectives of families and nurses. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 17, n. 1, p. 81-87, 2013.

POLAK, Y. N. S. **O corpo como mediador na relação homem/mundo**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 6, n. 3, p. 29-43, set./dez. 1997.

ROIDER-SCHUR, S.; NEUBAUER, M.; AMERING, M. *et al.* **Validation of the Family Inventory of Needs (FIN) for family caregivers in palliative care**. Palliative & Supportive Care, v. 13, p. 1-7, 2014.

SAMPAIO, A. M. O. *et al.* **Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 11, n. 2, p. 590-613, ago. 2011.

SILVA, A.; GUADALUPE, S. **The professional integration of social workers in palliative care services in Portugal**. Serviço Social & Saúde, v. 14, p. 57-89, 2015.

SILVEIRA, C.; SILVA, L. T.; RODRIGUES, B. S.; LEAL. Pessoa idosa: capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 410-421, abr./jun. 2014.

SOUZA, L. R.; HANUS, J. S.; BOLZAN, L. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015.

STORTI, L. B. **Relação entre sobrecarga do cuidador familiar e alterações comportamentais e funcionais do idoso com doença de Alzheimer**. 2014. Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar./abr. 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO definition of palliative care**. Geneva: WHO, 2020.