



A Tensão entre o Ruído Tecnológico e a Escuta Ética: Discursos, Dilemas e Segurança do Paciente na Admissão em UTI

The Tension Between Technological Noise and Ethical Listening: Discourses, Dilemmas, and Patient Safety in ICU Admission

Albertina Clemente de Santana

Jacilene Santiago do Nascimento Trindade

Amarilda Oliveira Santos

Adriana Maria Abreu de Araújo

Edleuza Barauna Rigaud

Eliete Monção Rocha Paim

Jorge Augusto da Silva Pedreira

Matilde Conceição Cruz

Nadja Borges Nascimento Passos

Rafaela de Ana da Cruz Araujo

Resumo: As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) constituem-se como espaços de alta densidade tecnológica e intensa vulnerabilidade humana, onde a supervalorização do modelo biomédico frequentemente tenciona a assistência. Este estudo de natureza analítico-crítica e reflexiva examina os nós górdios da assistência de enfermagem em ambiente crítico, articulando estudos empíricos conduzidos em Salvador (Brasil) e Buenos Aires (Argentina) sob a lente da Análise do Discurso e da Bioética Deliberativa. O debate problematiza o abismo formativo em ética, a fragilidade na notificação de eventos adversos e os impactos do tecnicismo insensível na relação profissional-paciente-família. Argumenta-se que a superação desse cenário requer a consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ancorada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a qualificação da comunicação interprofissional mediante a ferramenta SBAR e a institucionalização de um Programa de Educação Permanente em Saúde (PEPE-BSP). Conclui-se que a excelência no cuidado crítico reside na síntese dialética entre a precisão tecnológica e a salvaguarda da dignidade humana.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; ética em enfermagem; segurança do paciente; análise do discurso; educação permanente.

Abstract: Intensive Care Units (ICUs) are characterized by high technological density and profound human vulnerability, where the overemphasis on the biomedical model often creates tensions in healthcare delivery. This analytical-critical and reflective study examines the Gordian knots of nursing care in critical care settings, bringing together empirical studies conducted in Salvador (Brazil) and Buenos Aires (Argentina) through the lens of Discourse Analysis and Deliberative Bioethics. The discussion addresses the gap in ethics education, weaknesses in adverse event reporting, and the impacts of insensitive technical approaches on the professional-patient-family relationship. It is argued that overcoming this scenario

requires the consolidation of the Systematization of Nursing Care (SAE), grounded in Wanda Horta's Theory of Basic Human Needs; the enhancement of interprofessional communication through the SBAR tool; and the institutionalization of a Continuing Health Education Program (PEPE-BSP). It is concluded that excellence in critical care lies in the dialectical synthesis between technological precision and the safeguarding of human dignity.

Keywords: intensive care unit; nursing ethics; patient safety; discourse analysis; continuing education.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa, simultaneamente, o ápice do desenvolvimento científico-tecnológico da medicina contemporânea e o cenário de maior vulnerabilidade existencial para o ser humano. Configurada como um ambiente de intensa vigilância ininterrupta, a UTI destina-se ao atendimento de pacientes críticos em instabilidade orgânica grave. Estatísticas contemporâneas apontam que cerca de 70% das mortes institucionalizadas ocorrem no interior desses setores, o que evidencia o peso epidemiológico e social da assistência prestada (Silveira *et al.*, 2014).

Contudo, a hipertrofia do aparato tecnológico composto por monitores, bombas de infusão e sistemas complexos de suporte à vida frequentemente produz um efeito colateral pernicioso sobre a práxis em saúde: a hipervalorização do modelo biomédico e tecnicista em detrimento da dimensão humana. Conforme pontuam Gomes e Othero (2016), o paciente corre o risco de ser epistemicamente reduzido a parâmetros hemodinâmicos e a um número impessoal de prontuário, onde o diálogo cede espaço ao procedimento técnico.

Nesse cenário hipercomplexo, a atuação ética e a segurança do paciente emergem não como apêndices burocráticos, mas como os pilares estruturantes que devem nortear o cotidiano profissional. O princípio hipocrático *primum* nos convoca a equipe de saúde, com destaque para a enfermagem, que representa a maior força de trabalho e mantém contato ininterrupto com o paciente, a refletir criticamente sobre os limites entre a obstinação terapêutica e a dignidade humana (Franco *et al.*, 2017). O dano desnecessário gerado por falhas assistenciais acarreta ônus não apenas físico e psíquico ao paciente e à sua família, mas também impactos econômicos e sociais profundos para os sistemas públicos de saúde (Veras; Oliveira, 2018).

Diante disso, este estudo parte de uma problematização central: Como equilibrar a precisão da alta tecnologia com a essência humanizada do cuidar ético no momento crítico da admissão em UTI?

Para responder a essa indagação, o presente estudo tem por objetivo realizar uma reflexão analítico-crítica e dissertativa sobre os dilemas éticos na admissão em UTI, as fragilidades na cultura de segurança do paciente articulando achados de investigações empíricas conduzidas em Salvador e Buenos Aires, e a urgência de redimensionar a prática assistencial por meio da Sistematização da Assistência

de Enfermagem (SAE), da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da implementação de estratégias de Educação Permanente.

PERCURSO METODOLÓGICO E DESENHO ANALÍTICO

Trata-se de um ensaio teórico-analítico de natureza crítico-reflexiva e de abordagem qualitativa, fundamentado na síntese, reinterpretação e triangulação de dados empíricos e referenciais teóricos oriundos de pesquisas primárias e revisões da literatura contemporânea sobre bioética, segurança do paciente, análise discursiva e enfermagem em terapia intensiva.

O arcabouço analítico deste estudo articula duas realidades empíricas distintas que dialogam entre si:

O Estudo de Caso de Salvador (Brasil): Investigação de natureza qualitativa realizada em um Hospital Universitário (HUPES/UFBA), focada na vivência da equipe de enfermagem durante o processo de admissão de pacientes críticos, explorando aspectos éticos e representações do cuidar por meio da Análise de Conteúdo e do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP).

O Estudo de Caso de Buenos Aires (Argentina): Investigação desenvolvida em um Hospital Público Monovalente de Infectocontagiosas, focada na mensuração da percepção da equipe de saúde acerca da segurança do paciente, com ênfase na identificação de fortalezas, oportunidades de melhoria e debilidades estruturais na notificação de eventos adversos através do instrumento HSOPSC.

A articulação dessas fontes empíricas com o referencial teórico da bioética deliberativa e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta permitiu construir uma matriz analítica robusta, estruturada em categorias temáticas interpretadas à luz da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin.

O ABISMO FORMATIVO E A DUALIDADE DA PERCEPÇÃO ÉTICA NA ENFERMAGEM INTENSIVISTA

A análise aprofundada da força de trabalho em terapia intensiva revela um paradoxo estrutural preocupante. Os dados socioprofissionais demonstram que a assistência é sustentada por equipes maduras, predominantemente femininas (70,3% a 74%), com faixa etária concentrada entre 31 e 50 anos e com bagagem técnica consolidada (média de 14 anos de formação). Contudo, essa aparente maturidade operacional contrasta de forma gritante com um abismo formativo em ética e bioética.

Em investigações recentes no contexto nacional, parcela expressiva — chegando a 100% em determinados recortes empíricos investigados — relatou a ausência de componentes curriculares específicos dedicados à bioética durante a sua formação inicial na graduação ou nos cursos técnicos. Esta lacuna educacional não é destituída de consequências epistemológicas; ela molda diretamente a forma

como o profissional interpreta e executa suas atribuições cotidianas na UTI.

Deontologia versus Bioética: O Reduccionismo Normativo

Na prática diária, observa-se uma cisão conceitual profunda entre o que os profissionais compreendem por “ética” e o que vivenciam como “bioética”. Conforme pontuam Sampaio *et al.* (2011), a ética é frequentemente aprisionada nos limites da deontologia, sendo interpretada estritamente como o cumprimento de normativas regimentais, manuais institucionais e códigos de deveres disciplinares. Cumprir a norma torna-se um fim em si mesmo, esvaziando a capacidade de deliberação moral diante de situações imprevistas.

Em contrapartida, a bioética é reconhecida, ainda que de forma intuitiva, no plano das relações interpessoais com o paciente e sua família. Contudo, na ausência de um letramento biótico formal, os profissionais encontram dificuldades imensas para deliberar sobre dilemas clássicos da terapia intensiva, tais como o respeito à autonomia de pacientes com capacidade de decisão comprometida, a gestão justa de recursos escassos e a condução ética dos processos de limitação de suporte terapêutico em cenários de terminalidade da vida (Gomes; Othello, 2016).

As Barreiras do Cotidiano e os Ruídos na Comunicação

Essa fratura formativa repercute em barreiras assistenciais tangíveis. Dados empíricos apontam que os ruídos na comunicação, especialmente durante a passagem de plantão, respondem por 37% das principais fontes de conflito na equipe multiprofissional. A sobrecarga de trabalho e a escassez crônica de recursos materiais e humanos (citadas por 25,9% dos profissionais) intensificam o estresse ocupacional (Souza *et al.*, 2015).

Quando o estresse operacional se une à falta de preparo reflexivo, o tecnicismo exagerado ganha espaço. Os monitores passam a ser olhados com mais atenção do que o rosto do paciente. O desrespeito à privacidade, a exposição corporal desnecessária e a omissão de informações claras aos familiares configuram formas veladas de violência institucional que contradizem frontalmente os preceitos fundamentais da profissão (Franco *et al.*, 2017).

O CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E A RELAÇÃO COM OS ACOMPANHANTES NA ADMISSÃO

A dinâmica de admissão em uma Unidade de Terapia Intensiva rompe violentamente com a rotina e o equilíbrio psíquico do paciente e de sua rede de apoio. Na imensa maioria dos casos, o paciente adentra o setor sedado, rebaixado em seu nível de consciência ou sob suporte ventilatório invasivo, encontrando-se absolutamente incapaz de exercer sua autodeterminação. É nesse momento crítico que a família assume, por delegação ética e jurídica, a complexa responsabilidade de representar o ente querido, deliberando sobre limites terapêuticos e autorizando intervenções imediatas (Heyland *et al.*, 2010).

O Empobrecimento da Autonomia Delegada

Contudo, o estudo empírico conduzido no HUPES/UFBA revela que esse processo sofre de um profundo empobrecimento do consentimento esclarecido e compartilhado. O acolhimento deficitário na recepção, somado à utilização de jargões técnicos herméticos por parte da equipe assistencial, ergue uma barreira intransponível de compreensão para os leigos.

Sem compreender a real extensão do estado de saúde, os riscos inerentes e os prognósticos factíveis, os acompanhantes encontram-se impossibilitados de exercer a autonomia delegada de forma consciente, segura e livre de coação velada. A decisão familiar passa a ser pautada pelo pânico e pela desorientação, o que corrói o princípio bioético da autonomia e fragiliza a relação de confiança entre a instituição e a sociedade (Kristjanson; Aoun, 2004).

Conflitos, Ruídos e Desgaste Institucional

Ademais, a pluralidade de profissionais que transitam pela UTI gera, com frequência alarmante, desencontros informativos. Informações díspares fornecidas por diferentes membros das equipes médica e de enfermagem semeiam a desconfiança, alimentam a angústia dos familiares e elevam exponencialmente o risco de litígios jurídicos e desgastes relacionais. O sofrimento psíquico decorrente dessa comunicação falha atenta diretamente contra o cuidado holístico preconizado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB), que estipula que as necessidades psicossociais e de segurança da rede de apoio devem ser atendidas com o mesmo rigor dedicado às necessidades biológicas do paciente crítico (Almeida; Silva; Sampaio, 2017).

DIMENSÕES DILEMÁTICAS DA PRÁTICA INTENSIVA: PRIVACIDADE, RECURSOS E COMUNICAÇÃO

Aprofundando a análise crítica do cotidiano assistencial, emergem três eixos tensionadores que desvelam os limites operacionais e éticos da atuação em enfermagem:

1. Privacidade e Intimidade sob Risco: A alta densidade tecnológica frequentemente eclipsa a percepção da subjetividade. A banalização da nudez de pacientes sedados, evidenciada pela omissão do uso de biombos ou cortinas durante banhos de leito e procedimentos, reduz o ser humano à condição de mero objeto de intervenção (AMARAL, 2017). A este agravo histórico soma-se uma nova ferida ética contemporânea: o uso indiscriminado de tecnologias pessoais pela equipe para registro e circulação de imagens no interior da UTI, configurando violação direta do sigilo profissional, do Código de Ética da Enfermagem e do direito fundamental à imagem.

2. Limitação de Recursos e o Dilema da Justiça Distributiva: A escassez pontual de insumos fundamentais (medicamentos, bombas de infusão, materiais

para curativos) e a sobrecarga estrutural do SUS impõem barreiras materiais intransponíveis à beneficência plena. A necessidade de gerenciar filas de leitos críticos e decidir prioridades sob pressão constante gera nos profissionais um profundo sofrimento moral, fruto da conscientização do cuidado ideal versus a imposição de uma prática restrita pela carência material (Cavalcanti; Saturnino; Miranda, 2019).

3. A Fragilidade Comunicacional: A barreira de linguagem e a ausência de diretrizes estruturadas de acolhimento familiar isolam o acompanhante, transformando o momento da admissão em uma experiência traumática de desencontro informacional (Cui *et al.*, 2014).

CONTRIBUIÇÕES PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: O PAPEL ESTRATÉGICO DA ENFERMAGEM

Diante deste cenário de complexidade e múltiplos estressores, o profissional de enfermagem posiciona-se no epicentro da segurança e da qualidade assistencial, atuando como o elo integrador da equipe multidisciplinar. Sua atuação desdobra-se em quatro dimensões interconectadas:

Dimensão Técnica e Assistencial: Focada no monitoramento clínico contínuo, na execução de procedimentos complexos sob rigor protocolar e na vigilância ativa para a prevenção de eventos adversos (como infecções relacionadas à assistência à saúde e falhas de identificação) (Franco *et al.*, 2017).

Dimensão Coordenadora e Gerencial: Atua como o articulador da equipe multiprofissional, organizando fluxos de trabalho, supervisionando a continuidade do cuidado e gerindo os riscos operacionais decorrentes das fragilidades sistêmicas (Montagner *et al.*, 2016).

Dimensão Ética e Humanística: Sustenta o compromisso moral com a dignidade humana, a preservação do sigilo, a defesa intransigente da autonomia do paciente e o respeito à terminalidade por meio de princípios paliativos fundamentados na obra clássica de Kübler-Ross (2000).

Dimensão Comunicacional: Assegura a efetividade na passagem de plantão — mitigando pendências assistenciais — e lidera a comunicação transparente e empática com os familiares através de protocolos estruturados (Roeder-Schuret *et al.*, 2014).

AÇÃO INTERVENTIVA: IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (PEPE-BSP)

Para superar o diagnóstico crítico evidenciado pelas investigações empíricas, torna-se imperativa a implementação estruturada do Programa de Educação Permanente em Ética, Bioética e Segurança do Paciente (PEPE-BSP).

Objetivos e Eixos Transversais

Objetivo Geral: Qualificar a assistência de enfermagem na admissão de pacientes críticos, integrando a reflexão bioética à cultura de segurança institucional por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Eixos de Ação:

Formação Ética: Rodas de Conversa Bioética quinzenais baseadas em casos reais e Círculos de Estudos do Código de Ética (Resolução COFEN 564/2017).

Segurança e Gestão de Riscos: Implantação de Briefing e Debriefing na admissão e em treinamentos fundamentados no Protocolo de Londres para análise não punitiva de Eventos Adversos (EA).

Comunicação e Organização: Padronização da passagem de plantão com o uso da ferramenta SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) e fortalecimento da SAE fundamentada na Teoria de Wanda Horta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise integral dos eixos teóricos e empíricos deste estudo evidencia que o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva não pode continuar a ser regido por uma racionalidade puramente biomédica e tecnicista. A densidade tecnológica, embora indispensável para a sustentação orgânica do paciente crítico, deve ser dialeticamente integrada à bioética deliberativa e à humanização do cuidado.

Os diagnósticos obtidos revelaram que o abismo formativo em ética e as fragilidades na cultura de segurança, como o déficit na quantificação sistemática de eventos adversos e os ruídos comunicacionais, operam como barreiras severas à dignidade humana. Contudo, tais entraves não são intransponíveis.

A consolidação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), alicerçada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, e a efetivação de programas de Educação Permanente em Saúde constituem os pilares para a transformação institucional. Conclui-se que o aprimoramento da prática intensiva reside na capacidade do enfermeiro de transitar da mera execução de procedimentos para o exercício de um cuidado reflexivo, seguro, ético e profundamente humano, salvaguardando os direitos e a singularidade do paciente e de sua família desde o instante crítico da admissão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. A. de; SILVA, M. J. P. da; SAMPAIO, F. A. C. **Cuidados paliativos: percepção de cuidadores familiares de idosos em tratamento oncológico.** Saúde (Santa Maria), Santa Maria, v. 43, n. 2, p. 55-62, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583425787>.

AMARAL, J. B. **Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160337, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-8145-201700337>.

CAVALCANTI, P. B.; SATURNINO, C. I. N.; MIRANDA, A. P. R. S. de. **Serviço social e cuidados paliativos**. Serviço Social e Saúde, Campinas, v. 18, n. 0, e019005, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v18i0.8656828>.

CUI, J. *et al.* Needs of family caregivers of advanced cancer patients: a survey in Shanghai, China. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 562–569, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12157>.

FRANCO, H. C. P. *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e de morrer. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 48-61, 2017.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. **Cuidados paliativos**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014201630880011>.

HEYLAND, D. K. *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, London, v. 24, n. 7, p. 682–695, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216310373168>.

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. The Canadian Journal of Psychiatry, Ottawa, v. 49, n. 6, p. 359–365, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370404900604>.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução de Paulo Menezes da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MONTAGNER, M. Â. *et al.* **Caderno de Atenção Primária**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 245–255, 2016.

ROIDER-SCHUR, S. *et al.* **Validation of the Family Inventory of Needs (FIN) for family caregivers in palliative care**. Palliative & Supportive Care, Cambridge, v. 13, n. 3, p. 585-591, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951514000261>.

SAMPAIO, A. M. O. *et al.* **Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência no ato de cuidar**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 590-613, 2011.

SILVEIRA, C. *et al.* Pessoa idosa: capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária. **Revista de Pesquisa Cuidada é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, supl., p. 158-169, 2014.

SOUZA, L. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 23, n. 2, p. 140–149, 2015.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO definition of palliative care**. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 3 set. 2026.