

Necessidades humanas básicas em terapia intensiva

Basic human needs in intensive therapy

Necesidades humanas básicas en terapia intensiva

Priscilla Tereza Lopes de Souza¹; Jocelly de Araújo Ferreira²; Elizandra Cassia Silva de Oliveira³; Nayda Babel Alves de Lima⁴; Juliana da Rocha Cabral⁵; Regina Célia de Oliveira⁶

Como citar este artigo:

Souza PTL, Ferreira JA, Oliveira ECS, Lima NBA, Cabral JR, Oliveira RC. Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):1011-1016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1011-1016>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca das necessidades humanas básicas dos pacientes críticos internos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sob a luz da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Amostra de cem profissionais de enfermagem em terapia intensiva adulto. **Resultados:** Predominância dos aspectos psicobiológico: cuidado corporal (11,7%), oxigenação e nutrição (11,6%) e baixo predomínio dos aspectos psicossociais. A interação com a equipe multiprofissional (25,2%), a iniciativa do profissional (19,50%) e a disponibilidade de recursos humanos compatíveis (16,72%) favorecem a percepção das necessidades humanas básicas do paciente, enquanto estresse (23,74%), quantitativo de paciente para um enfermeiro/técnico (22,57%) e rotatividade da equipe (14,01%) dificultam. **Conclusão:** A equipe de enfermagem conhece as necessidades humanas básicas do paciente crítico, centralizada nos aspectos psicobiológicos com distanciamento dos aspectos sociais e religiosos na prática assistencial.

Descritores: Terapia Intensiva; Enfermagem; Humanização; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge of the nursing team about the basic human needs of critically ill patients in the Intensive Care Unit under the basic human needs theory of Wanda de Aguiar Horta. **Methods:** This was an exploratory, descriptive study with a quantitative approach. Sample of 100 nursing professionals in adult intensive care. **Results:** Predominance of psychobiological aspects:

- 1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Especialista em Terapia Intensiva pela UPE, Especialista em Gestão Hospitalar pela Universidade Internacional (Uninter), Coordenadora de Enfermagem do Hospital do Tricentenário - Hospital Regional Emília Câmara.
- 2 Mestre pela UFRN, Doutoranda pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG.
- 3 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestre pela Universidade de Pernambuco (UPE), Doutoranda pela UPE, Professora da UPE.
- 4 Graduada em Enfermagem pela UFCG, Aluno pelo Programa de Residência Multiprofissional Materno-Infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
- 5 Graduada em Enfermagem pela UFPE, Especialista em Infectologia. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UPE / UEPPB.
- 6 Graduada em Enfermagem pela UFPE, Mestre pela UPE, Doutoranda pela UPE, Professora da UPE.

body care (11.7%), oxygenation and nutrition (11.6%); low prevalence of psychosocial aspects. Interaction with the multiprofessional team (25.2%), professional initiative (19.50%) and availability of compatible human resources (16.72%) favor the perception of the basic human needs of the patient, while stress (23, 74%), quantitative of a patient for a nurse / technician (22.57%) and staff turnover (14.01%) difficult. **Conclusion:** The nursing team knows the basic human needs of the critical patient, centered on psychobiological aspects with detachment of social and religious aspects in the practice of care.

Descriptors: Intensive Therapy; Nursing; Humanization; Quality of Health Care.

RESUMEM

Objetivo: Analizar el conocimiento del equipo de enfermería acerca de las necesidades humanas básicas de los pacientes críticos internos en la Unidad de Terapia Intensiva bajo la luz de la teoría de las necesidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. **Métodos:** Estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cuantitativo. Muestra de 100 profesionales de enfermería en terapia intensiva adulto. **Resultado:** Predominancia de los aspectos psicobiológico: cuidado corporal (11,7%), oxigenación y nutrición (11,6%); bajo predominio de los aspectos psicosociales. La interacción con el equipo multiprofesional (25,2%), iniciativa del profesional (19,50%) y disponibilidad de recursos humanos compatibles (16,72%) favorece la percepción de las necesidades humanas básicas del paciente, mientras que el estrés (23, El 74%), cuantitativo de paciente para un enfermero / técnico (22,57%) y la rotatividad del equipo (14,01%) dificultan. **Conclusión:** El equipo de enfermería conoce las necesidades humanas básicas del paciente crítico, centralizado en los aspectos psicobiológicos con distanciamiento de los aspectos sociales y religiosos en la práctica asistencial.

Descriptor: Terapia Intensiva; Enfermería; Humanización; Calidad de la Asistencia Sanitaria.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) distingue-se por ser um espaço complexo que assiste integralmente pacientes em situação crítica, porém recuperáveis. Esse ambiente dispõe de uma estrutura física adequada, recursos humanos especializados e um alto desenvolvimento tecnológico. Nesse cenário com predominância da máquina e supervalorização dos dados objetivos por ela registrados, conseqüentemente, muitas vezes há detrimento dos procedimentos ligados ao cuidado direto aos usuários e da subjetividade implicada nas relações humanas.¹

Desse modo, a relação do ser cuidado e de quem cuida pode ser considerada eventualmente complementar, dispensável, ou até mesmo ausente, conduzindo a uma análise reducionista de polaridade das dimensões do cuidado de enfermagem que termina por simplificar as práticas do cuidar em UTI.²

Entende-se que na prática cotidiana do cuidar em UTI são necessárias a escuta, o toque e a sensibilidade que culminem na verdadeira dimensão existencial de cada paciente, desmitificando, assim, nessas unidades, a impessoalidade, a insensibilidade, a automatização, a mecanização e a desumanização do cuidar.³

Salienta-se que o modelo reducionista organicista da medicina vigente está fortemente focado na cura do corpo biológico, privilegiando a doença e não a pessoa adoecida.

contribuindo atualmente para a formação de profissionais de saúde que não valorizam a assistência voltada ao binômio saúde-doença, no qual os aspectos psíquicos e físicos são indissociáveis para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico.⁴

A partir da necessidade de reflexões mais aprofundadas desse contexto paradoxal entre o subjetivo e o objetivo, buscou-se embasamento na teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta, a qual, baseada na teoria da Motivação Humana, proposta por Maslow, valoriza estas necessidades humanas em qualquer contexto hospitalar. A partir de seus pressupostos, esta teoria nos permite uma maior aproximação entre enfermeiros e pacientes na percepção de um cuidado integral do paciente criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual.⁵⁻⁶

Em virtude de nossa vivência como enfermeiras no cenário da terapia intensiva, e preocupadas com a qualidade e a humanização do cuidado de enfermagem, sentimos a necessidade de analisar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca das necessidades humanas básicas dos pacientes críticos internos na UTI sob a luz da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em três unidades de terapia intensiva adulto de um hospital público de grande porte na cidade de Recife, Pernambuco. Referência nas especialidades de traumatologia-ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular periférica, neurocirurgia, neurologia e cirurgia bucomaxilofacial.

Para os critérios de elegibilidade, foram incluídos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que exerciam atividades assistenciais diretas ao paciente e faziam parte do corpo de profissionais de enfermagem das unidades de terapia Intensiva do hospital em estudo. Amostra constituída por cem profissionais da equipe de enfermagem guiada pela técnica de amostragem não probabilística por conveniência.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a dezembro de 2015, por meio da aplicação de um instrumento semiestruturado, contendo dados de caracterização sociodemográfica da equipe e identificação das necessidades humanas básicas segundo as características psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual.

Os dados foram analisados por meio das técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas e percentuais. O programa utilizado para digitação dos dados e para obtenção dos cálculos estatísticos foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 17.

O estudo obedeceu a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração e aprovado com CAAE nº 43499215.4.0000.5198.

RESULTADOS

Na distribuição dos entrevistados quanto à caracterização sociodemográfica, observou-se predomínio dos técnicos de enfermagem (68%), sexo feminino (80%) e idade entre 29 a 38 anos (41%). Quanto ao regime de trabalho (79%) dos participantes desempenham suas atividades de 21 a 30 horas semanais, com curso de capacitação em UTI (37%) e tempo de serviço em UTI entre dois a dez anos (43%).

Na tabela 1 percebe-se que 100% dos profissionais de enfermagem reconhecem que as NHB são necessidades importantes dentro da UTI, sendo justificadas pela equipe de enfermagem quanto aos seguintes tópicos: precisa da enfermagem para serem atendidas 71 (34,47%), o paciente não pode atendê-las sozinhoas 67 (32,52%), não há acompanhante para ajudar no cuidado 35 (16,99%) e precisam de aparelho para serem realizadas 33 (16,02%).

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual da equipe de enfermagem, segundo a importância e justificativas das Necessidades Humanas de pacientes em UTI, Recife/PE, 2015. (N=100)

Variável	sim	%
	n	100
*NHB são importantes em Terapia Intensiva	100	
Grupo total	100	
Justificativa das *NHB em Terapia Intensiva		
Precisa da enfermagem para serem atendidas	71	34,47
O paciente não pode atendê-las sozinhoas	67	32,52
Ficam sem acompanhante para ajudar no cuidado	35	16,99
Precisam de aparelho para serem realizadas	33	16,02
Grupo total	206	100

*NHB – Necessidades Humanas Básicas.

Nota: no item justificativa, mais de um item podia ser assinalado.

Quando solicitado para identificar, as NHB mais percebidas pela equipe de enfermagem durante seu cuidado ao paciente crítico em UTI foram, como exposto na tabela 2, a prevalência do cuidado corporal 79 (11,7%), seguido de nutrição e oxigenação 78 (11,6%) e sono e repouso 66 (9,8%). Enquanto trabalho 8 (1,2%) e gregária 10 (1,5%) obtiveram os menores percentuais.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual das NHB percebidas pelos funcionários durante seu cuidado ao paciente crítico em UTI, Recife/PE, 2015. (N=100)

Variável	Categoria	n	%
NBH Psicossociais	Comunicação	45	6,7%
	Gregária	10	1,5%
	Atenção	48	7,1%
	Liberdade	16	2,4%
	Trabalho	8	1,2%

Variável	Categoria	n	%
NBH Psicobiológicas	Nutrição	78	11,6%
	Oxigenação	78	11,6%
	Regulação térmica	55	8,2%
	Eliminação	42	6,2%
	Sono e repouso	66	9,8%
	Locomoção	25	3,7%
	Cuidado corporal	79	11,7%
	Sexualidade	14	2,1%
	Abrigo	13	1,9%
	Privacidade	56	8,3%
	Exercício e atividade física	22	3,3%
NBH Psicoespirituais	Religião	18	2,7%
Total		673	100,0

*NHB – Necessidades Humanas Básicas.

Nota: mais de um item podia ser assinalado.

Para a identificação das NHB dos pacientes pela equipe de enfermagem durante seu cuidado ao paciente crítico em UTI, os fatores que facilitam essa identificação durante a assistência na UTI foram: interação com a equipe multiprofissional 75 (23,22%), iniciativa do profissional 63 (19,50%) e disponibilidade de recursos humanos 54 (16,72%).

Não obstante, também existem barreiras que dificultam a identificação das NHB dos pacientes, durante a assistência dentro de uma UTI. Os participantes da pesquisa fizeram relevância ao estresse 61 (23,74%), quantitativo de paciente para um enfermeiro/técnico 61 (22,57%) e a rotatividade da equipe 36 (14,01%).

DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo apresentam um perfil de profissionais semelhante a outros contextos do atendimento de enfermagem, nos quais se observa a feminilização na profissão, prevalência de técnicos de enfermagem em relação aos demais componentes da equipe e predomínio da população com faixa etária jovem desenvolvendo atividades em UTI.⁷⁻⁸

No que concerne a qualificação e tempo de experiência profissional, esse dado demonstra que o mercado de trabalho contemporâneo exige um maior preparo técnico científico em unidades de alta complexidade. A UTI é uma unidade que concentra profissionais especializados, uma variedade de recursos tecnológicos sofisticados e de alto custo; devido a tais características, a equipe desse setor difere de outros setores de internação hospitalar. Esses profissionais devem ter conhecimento especializado e habilidades adicionais àquelas adquiridas em sua formação.⁹

Entretanto, pelo estresse e pela dinâmica setorial, alguns profissionais optam pela saída do setor e quando atingem maior tempo de formação optam por áreas administrativas ou ensino,¹⁰ corroborando para um tempo de atuação entre dois e dez anos em nosso estudo.

Diante da relação tão próxima com a tecnologia e a necessidade de especialização, as NHB foram identificadas como importantes por todos da equipe de enfermagem em nosso estudo, descaracterizando a imagem de desumanização atribuída à UTI.

As NHB caracterizam-se como comuns a todos os indivíduos, variando a forma de atendê-las, manifestá-las ou satisfazê-las, sendo fundamentais para a manutenção e promoção da saúde.³ Apesar do reconhecimento da importância, a prática cotidiana pode constituir uma práxis ao cuidado humanizado uma vez que na UTI ainda prevalece o cuidado técnico positivista, ou seja, a concentração na alta tecnologia, com a finalidade de satisfazer primeiro as necessidades biológicas dos pacientes.¹

Alicerçado no referencial teórico de Horta, entende-se que qualquer necessidade do ser humano, desde as fisiológicas até a realização pessoal, é denominada como básica. No entanto, com o paciente crítico, essas premissas adquirem um significado diferenciado. Dificilmente esse paciente atingirá sua satisfação pessoal sozinho, exigindo, por sua vez, outros recursos pessoais ou materiais para assim fazê-los, endossando as justificativas apresentadas em nosso estudo para a importância e justificativas das NHB alencadas.⁴

Percebe-se ainda que vivenciar uma internação em ambiente crítico gera desconforto, isolamento e perda da privacidade. Nesse momento, o paciente tem sua autonomia perdida, visto que ele não tem capacidade de escolha, decisão e expressão. Com o princípio da autonomia sem ser exercido, o paciente fica à mercê dos profissionais do setor, depositando confiança e sua vida nas mãos destes, configurando a necessidade de um cuidado que caracterize a integralidade que alcance toda dimensão do ser humano.¹¹⁻¹²

Para Horta, “assistir em Enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo”, como também ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar. O conceito de necessidades utilizado por Horta influencia gerações de enfermeiras brasileiras. No ensino e na prática de Enfermagem atualmente é provavelmente a mais referenciada.¹³

Quanto às NHB percebidas pela equipe de enfermagem, observa-se a predominância nos aspectos psicobiológicos centrados em cuidados corporais, nutrição e oxigenação. Tal evidência parece indicar que o cuidado corporal provavelmente se deve à origem da enfermagem, que focalizava a higiene corporal e ambiental como medidas salutares, princípio bem arraigado na formação dessa profissão. Além disso, o banho no leito tem sido uma atividade rotineira em paciente graves, fortemente indicativo de dependência e necessidade humana.^{3,14}

Ao que tange a nutrição e oxigenação, observa-se a ligação aos equipamentos frequentemente utilizados em UTI, que são respectivamente a bomba de infusão para dieta e o ventilador mecânico. Estes aparatos são instrumentos que contribuem para o cuidado.¹

Todavia, alimentar-se é uma necessidade humana básica, na qual os nutrientes fornecedores de energia e materiais constituintes são essenciais para o crescimento e o desenvolvimento dos seres vivos.¹⁵ O aporte calórico se configura em uma estratégia proativa que ajuda a reduzir danos decorrentes da internação, das complicações e do tempo de UTI, minimizando dessa maneira os custos hospitalares.

Sendo assim, a enfermagem desempenha papel fundamental no sucesso desta terapêutica, sendo responsável

por acesso gastrointestinal, manutenção, administração e resposta da dieta. O planejamento assistencial de enfermagem deve ser individualizado e, quando analisados, os aspectos físicos, psicossociais e espirituais contribuem para a prevenção de complicações e sucesso do tratamento.¹⁵

Quanto à oxigenação, percebe-se a ventilação mecânica como um dos importantes suportes a vida mais utilizados em UTI, substituindo totalmente ou parcialmente a atividade ventilatória do paciente. Este cuidado ao paciente em ventilação perpassa por um cuidado holístico no qual os efeitos psicológicos negativos são predominantes: especialmente o delírio, as recordações de procedimentos invasivos e traumáticos, a dor e o estresse¹⁶. Estudos citam a falta de comunicação entre o paciente e a equipe como uma barreira negativa para o bem-estar do paciente e sucesso terapêutico.^{16,17}

Como necessidades menos percebidas pela equipe do nosso estudo, estas se relacionam no aspecto social. Estudos também verificaram que esses aspectos são pouco valorizados pela equipe de enfermagem.^{1,14} As necessidades sociais envolvem diversas NHB que são afetadas no momento da internação hospitalar, as quais podem ser elencadas: autoestima, autoimagem, atenção, aceitação, gregária, recreação e lazer.¹⁴

Assim, a sobrecarga de trabalho e o estresse estão intimamente relacionados dentro de setores hospitalares críticos, o que pode gerar excessiva valorização das necessidades psicobiológicas, em detrimento das demais. Dessa forma, a omissão dos cuidados de enfermagem também pode estar ligada à ausência/deficiência da organização e do planejamento das demandas de cuidado, gerenciais e científicas.^{14,18}

Essa reflexão nos leva a valorizar a assistência voltada ao binômio saúde-doença, no qual os aspectos psíquicos e físicos são indissociáveis. Na prática clínica, os profissionais de UTI apresentaram dificuldades em estabelecer uma definição clara e objetiva para o conceito de humanização.¹

No contexto da UTI, observamos a organização do trabalho baseada na execução da tarefa e o distanciamento entre equipe e pacientes, tornando o cuidar tecnicista e mecânico, desprovido de sentimento. Executar a técnica, limpar e manter a ordem na unidade são procedimentos que estão fortemente enraizados nesse cenário, esquecendo-se, muitas vezes, dos aspectos sociais e espirituais do paciente.²

Como fator que favorece a identificação das NHB, a interação multiprofissional é relevante e oferece o suporte necessário aos pacientes gravemente comprometidos. Observa-se a presença de nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros, como equipe de apoio, mas com igual importância para a assistência integral e de qualidade. Para garantir a segurança e a redução de sofrimento do paciente e de seus familiares, a prática colaborativa entre os vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais promove uma assistência de mais alta qualidade.¹⁹

Nesse contexto, estratégias de visitas diárias aos pacientes com toda equipe têm sido essenciais para identificação de cuidados individualizados e maior possibilidade de reconhecimento das NHB, assim como rodas de conversas entre a equipe e a gerência interna para maior intercooperação,

comprometimento e desenvolvimento da própria equipe quanto à capacitação profissional e pessoal.¹⁹

Quanto à participação da iniciativa do próprio profissional, constatou-se igualmente em estudos que no atendimento às necessidades humanas básicas, a enfermagem tenta resgatar o princípio da alteridade, ainda que inconscientemente, porém adotando medidas que contemplem as expectativas dos clientes.³ Assim, agem muitas vezes da forma como gostariam que agissem consigo mesmos e garantem a promoção da saúde humanizada no resgate de crenças, valores e particularidades do cuidado ao paciente crítico.

Doravante, o quantitativo de profissional de enfermagem favorece o reconhecimento das NHB estando disponível para a demanda do serviço diário que geralmente é intenso em UTI. O excesso de carga de trabalho pode desencadear uma assistência de enfermagem mecânica com cumprimento apenas de normas e rotinas, além de expor pacientes, funcionários e a própria instituição a um cuidado que represente risco à segurança.²⁰

Salientamos que a RDC 26 dispõe que devem ser consideradas horas de enfermagem por leito a cada 24 horas. No seu artigo 14 especifica-se que deve haver no mínimo um enfermeiro para cada dez leitos ou fração em cada turno e no mínimo um técnico de enfermagem para cada dois leitos em cada turno,²¹ inviabilizando, assim, uma assistência de enfermagem que possa ouvir, tocar ou conversar com os pacientes em detrimento da monitoração contínua e avaliação frequente de parâmetros clínicos e laboratoriais, além de outros aspectos pertinentes à assistência ao cliente grave.

Quanto aos fatores que dificultam a percepção das NHB, estudos também revelam grande associação do estresse, quantitativo insuficiente de profissionais e rotatividade da equipe como fatores que afastam a humanização em UTI, dos quais o reconhecimento das NHB está inteiramente relacionada.^{1-2,20}

A UTI é um setor reconhecidamente gerador de estresse físico e mental, o que torna irônico não cuidar de quem cuida do outro. Em especial na equipe de enfermagem observa-se o excesso de serviços burocráticos, a contratação insuficiente de profissionais exigidas para o serviço, baixa valorização dos salários, falta de recursos materiais e de educação continuada por parte da equipe.

Ainda se percebe que, na UTI, a equipe convive com fatores desencadeadores de estresse, como a dificuldade de aceitação da morte, decisões conflitantes relacionadas com a admissão dos pacientes que serão atendidos e o convívio com os familiares que solicitam informação sobre o quadro clínico do doente. Rotina geradora de estresse e conflito da equipe que podem motivar o rodízio frequente da equipe.^{2,22}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As teorias de enfermagem são consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e da prática profissional. Direcionam o modelo clínico da enfermagem e possibilitam aos profissionais descreverem os aspectos da realidade assistencial, auxiliando o desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática.

A equipe de enfermagem tem conhecimento das necessidades humanas básicas do paciente crítico, centralizada nos aspectos psicobiológicos com detrimento dos aspectos sociais e religiosos. São percebidas pela interação com a equipe multiprofissional, a iniciativa do profissional e a disponibilidade de recursos humanos, enquanto o estresse, o quantitativo de paciente para um enfermeiro/técnico e a rotatividade da equipe dificultam a percepção.

Apesar da UTI ser um espaço de alta complexidade de cuidados e tecnologia desenvolvida, a base do cuidado de enfermagem ao paciente crítico permanece sendo a essência humana.

Como limitação do estudo, observa-se que uma pesquisa quantitativa não abrange a totalidade da dimensão das NHB do paciente grave de UTI expressa pela equipe de enfermagem, o que torna relevante um estudo qualitativo associado às questões de maior incidência elencadas.

REFERÊNCIAS

1. Sanches RCN, Gerhardt PC, Rêgo AS, Carreira L, Pupulim JSL, Radovanovic CAT. *Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto*. Esc Anna Nery. 2016; 20(1):48-54.
2. Farias FBB, Vidal LL, Farias RAR, Jesus ACP. *Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde*. J. Res.: fundam. care. Online. 2013; 5(4):635-42.
3. Pupulim JSL, Sawada NO. *Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005; 13(3):388-96.
4. Souza PTL et al. *Necessidades especiais no centro de terapia intensiva: fatores agravantes e atenuantes*. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2015;9(7):9069-77.
5. Tannure MC, Chianca TCM, Bedran T, Werli A, Andrade CR. *Validação de instrumentos de coleta de dados de enfermagem em unidade de tratamento intensivo de adultos*. reme – Rev. Min. Enferm. 2008;12(3):370-80.
6. Bordinhão RC, Almeida MA. *Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de horta*. Rev. Gaúcha Enferm. 2012;33(2):125-31.
7. Ribeiro AC, Ramos LHD, Mandú ENT. *Perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá – MT*. Ciência, Cuidado e Saúde. 2014;13(4):625-33.
8. Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. *Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação*. Rev. Min Enferm. 2014; 18(4): 866-73.
9. Araujo Neto JD, Silva ISP, Zanin LE, Andrade AP, Moraes KM. *Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional*. Rev Bras Promoç Saúde. 2016;29(1):43-50.
10. Rodrigues YCSJ, Studart RMB, Andrade IRC, Citó MCO, Melo EM, Barbosa IV. *Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem*. Esc Anna Nery (impr.). 2012; 16 (4):789-95.
11. Salgado PO, Tannure MC, Oliveira CR, Chianca TCM. *Identificação e mapeamento das ações de enfermagem prescritas para pacientes internados em uma UTI de adultos*. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):291-6.
12. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. *Comprehensiveness and humanization of nursing care management In the Intensive Care Unit*. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):816-22.
13. Oliveira MAC. *(Re) significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população*. Rev Bras Enferm. 2012; 65(3):401-5.
14. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. *Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(3):454-60.

15. Colaço AD, Nascimento ERP. *Bundle de intervenções de enfermagem em nutrição enteral na terapia intensiva: uma construção coletiva*. Rev Esc Enferm USP .2014; 48(5):844-5.
16. Castaño AMH, Amaya MCDP. *CEI-UCI: instrumento para evaluar el cuidado de enfermería individualizado de adultos en la uci*. Av Enferm.2015;33(1):104-113.
17. Rojas NP, Bustamante-Troncoso CR, Dois-Castellón A. *Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico*. Aquichan 2014; 14(2):184-95.
18. Novaretti MCZ, Santos EV, Quiterio LM, Daud-Gallotti RM. *Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI*. Revista Brasileira de Enfermagem.2014;67(5):692-99.
19. Araujo Neto JD, Silva ISP, Zanin LE, Andrade AP, Moraes KM. *Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional*. Rev Bras Promoç Saúde. 2016; 29(1):43-50.
20. Carvalho AO, Carlos GP, Souza NL. *Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review*. Rev. esc. enferm. USP. 2016; 50(4):683-94.
21. BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 26. *Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.
22. Rodrigues YCSJ, Studart RMB, Andrade IRC, Citó MCO, Melo EM, Barbosa IV. *Ventilação mecânica: evidências para cuidado de enfermagem*. Esc Anna Nery (impr.).2012;16(4):789-95.

Recebido em: 25/09/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 17/01/2018

Publicado em: 01/07/2019

Autora responsável pela correspondência:

Priscilla Tereza Lopes de Souza

Rua Domingos Siqueira nº1, Centro, São José do Egito

Pernambuco, Brasil

CEP: 56.700-000

E-mail: priscillasouza_@hotmail.com

Telefones: +55 (87) 9 9811-2319/ (83)

9 9652-1001/ (81) 9 8263-6170

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**