

# Unidade de terapia intensiva - passado, presente e futuro: um convite à reflexão

## Intensive care unit - past, present and future: an invitation to reflect

Kely Regina da Luz<sup>1</sup>

**ORCID:** 0000-0003-1616-5515

Larissa Gussatschenko Caballero<sup>1</sup>

**ORCID:** 0000-0002-4932-9216

Renata Andréa Pietro Pereira Viana<sup>2</sup>

**ORCID:** 0000-0001-7539-3003

Débora Feijó Villas Boas Vieira<sup>3</sup>

**ORCID:** 0000-0001-9379-3967

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre.  
RS, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital do Servidor Público Estadual  
de São Paulo, SP, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

### Editores:

Ana Carla Dantas Cavalcanti

**ORCID:** 0000-0003-3531-4694

Paula Vanessa Peclat Flores

**ORCID:** 0000-0002-9726-5229

### Autor Correspondente:

Kely Regina da Luz

**E-mail:** kluz@hcpa.edu.br

**Submissão:** 21/08/2023

**Aprovado:** 20/05/2024

### RESUMO

**Objetivo:** Apresentar uma visão abrangente da evolução da terapia intensiva, destacando sua origem histórica, identificando marcos importantes em sua trajetória de desenvolvimento e examinando os avanços tecnológicos ao longo do tempo. Além disso, pretende abordar os desafios atuais enfrentados pela terapia intensiva como especialidade, contribuindo para uma compreensão aprofundada de sua complexidade e relevância no contexto da saúde. **Método:** Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo apoiado na busca histórica e no conhecimento dos autores, os quais analisam, refletem e contextualizam a construção das unidades de terapia intensiva, suas diretrizes atuais e perspectivas futuras. **Resultados:** O manuscrito aprofunda o arcabouço teórico descrito e traz elementos concretos que geram inquietações para suscitar condutas mais pertinentes no atendimento dos pacientes críticos. Isso significa aliar a utilização da tecnologia disponível com práticas assistenciais mais humanizadas. **Conclusão:** Consideramos que o conhecimento acurado das normativas e resoluções legais promove e sustenta as melhorias necessárias no processo assistencial, garantindo a segurança e eficácia do cuidado aos pacientes críticos. Além disso, oferece condições de trabalho planejadas e organizadas.

**Descritores:** Cuidados Críticos; História da Medicina; Enfermagem de Cuidados Críticos; Legislação como Assunto; Desenvolvimento Tecnológico.

### ABSTRACT

**Objective:** To provide a comprehensive overview of the evolution of critical care, highlighting its historical origins, identifying important milestones in its development, and examining technological advances over time. It also aims to address the current challenges facing intensive care as a specialty, contributing to an in-depth understanding of its complexity and relevance in the healthcare context. **Method:** This is a theoretical-reflective essay based on historical research and the knowledge of the authors, who analyze, reflect, and contextualize the construction of intensive care units, their current guidelines, and prospects. **Results:** The manuscript deepens the theoretical framework described and brings concrete elements that generate concerns to elicit more pertinent behavior in the care of critically ill patients. This means combining the use of available technology with more humanized care practices. **Conclusion:** We believe that accurate knowledge of legal regulations and resolutions promotes and sustains the necessary improvements in the care process, ensuring safe and effective care for critically ill patients. It also provides planned and organized working conditions.

**Keywords:** Critical Care; History of Medicine; Critical Care Nursing; Legislation as Topic; Technological Development.

### INTRODUÇÃO

É amplamente conhecido que o ato de cuidar sempre foi uma parte essencial nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer. Ao longo das guerras, diversas técnicas de salvamento e cura foram desenvolvidas, mas foi durante a Segunda Guerra Mundial que o

conceito de triagem surgiu. Os primeiros leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram criados em 1923 pelo Dr. Walter Edward Dandy no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, nos Estados Unidos da América. Foi nesse hospital, 35 anos depois, que a primeira UTI com equipes médicas trabalhando em tempo integral foi instalada. Com o tempo, tornou-se necessário expandir os serviços de atendimento, incluindo o tratamento de pacientes graves e traumatizados que necessitavam de suporte vital, assim como o atendimento a pacientes pediátricos<sup>(1)</sup>. Inspiradas nas salas de recuperação pós-operatórias, as Unidades de Cuidados Especiais (*Special Care Units*) começaram a ser estabelecidas<sup>(2)</sup>. No entanto, antes mesmo do desenvolvimento da primeira UTI, o conceito de terapia intensiva já existia. Após a tragédia na boate *Coconut Grove*, em Boston (EUA), em 1942, as vítimas gravemente feridas foram levadas ao *Massachusetts General Hospital*. Para poder fornecer os cuidados necessários às vítimas, um andar inteiro do hospital teve que ser evacuado e rapidamente adaptado de acordo com as necessidades exigidas. Além das adaptações físicas, também foi necessária uma equipe médica e de enfermagem presente em tempo integral, capacitada para atender e assistir os pacientes, monitorando sua evolução até que estivessem em condições favoráveis para serem transferidos para outras enfermarias<sup>(2)</sup>. Nesse cenário, a terapia intensiva se caracterizou por uma área física própria com acesso restrito aos pacientes e recursos tecnológicos, bem como pela presença de uma equipe especializada e treinada, capaz de administrar critérios de admissão e alta dos pacientes. A primeira UTI respiratória foi estabelecida na Escandinávia no início dos anos 50, onde uma equipe médica realizava ventilação pulmonar artificial usando o ventilador tanque de *Drinker*, também conhecido como pulmão de aço, que simulava o processo fisiológico de respiração. Esses simuladores foram integrados às UTIs, transformando a realidade dos cuidados emergenciais e sendo um aliado na salvação de vidas. Essa técnica evoluiu ao longo do tempo, sendo aperfeiçoada e adaptada para melhor atender às necessidades da época, e em 1951 o respirador *Engström* mostrou-se superior à técnica anterior e começou a ser utilizado em diversas unidades de terapia intensiva. No Brasil, São Paulo foi a primeira cidade a receber os primeiros pulmões de aço em 1955, dando origem às primeiras unidades de terapia intensiva brasileiras<sup>(2)</sup>.

Com o crescimento das instalações de UTIs em hospitais, principalmente na América Latina, houve um período em que as tecnologias de cunho assistencial foram valorizadas para o monitoramento de pacientes, superando a experiência humana. Com o passar dos anos, a necessidade de registros eficientes que retratassem as oscilações constantes da condição clínica de pacientes instáveis levou à implementação de uma sistemática de trabalho na enfermagem. Um dos avanços tecnológicos significativos ocorreu na década de 1960, impulsionado pelo progresso na tecnologia aeroespacial, devido à necessidade de monitoramento contínuo e remoto dos astronautas, o que também teve reflexos nas UTIs. Nesse mesmo período, iniciou-se a terapia de substituição renal como parte integrante do tratamento intensivo, visando a remoção de líquidos em pacientes urêmicos com sobrecarga hídrica<sup>(3)</sup>. Neste contexto, este artigo tem como objetivo fornecer uma visão abrangente da evolução da terapia intensiva, abordando sua origem, marcos importantes na sua evolução e avanços tecnológicos ao longo do tempo e dos desafios que a área enfrenta, contribuindo para a compreensão da complexidade e importância dessa especialidade.

## MÉTODO

Este artigo adota uma abordagem teórico-reflexiva, apoiada em uma investigação histórica metódica e na análise crítica das contribuições dos autores. A análise se concentra na contextualização e reflexão sobre a evolução das UTIs, bem como em suas diretrizes atuais e nas perspectivas futuras inerentes a essa área de estudo.

## UTI: uma nova especialidade inserida no contexto social

No Brasil, a especialidade médica de medicina intensiva só foi reconhecida em 1991, mas a luta para aumentar a visibilidade deste setor começou bem antes, com a criação da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (1979), que se transformou em Associação Brasileira de Terapia Intensiva (AMIB) em 1980. Foi através desta associação médica, com a participação de enfermeiros intensivistas, que foi fundado o Departamento de Enfermagem da AMIB em 1992. Na década de 90, os enfermeiros intensivistas se organizaram para fundar a Sociedade Paulista de Enfermeiros de Terapia Intensiva em 1994, que se transformou na Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Terapia Intensiva

(SOBETI) em 1996, ativa até 2004. Em conjunto com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a SOBETI oficializou a obtenção do Título de Especialista em Terapia Intensiva em 1996, através da primeira prova realizada durante o 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em São Paulo. A segunda prova para a obtenção do título foi realizada em 1998, e a produção acadêmica da época contribuiu para uma edição especial da Revista SOBETI em 1998<sup>(2)</sup>. Durante o Congresso Sul Brasileiro de Medicina Intensiva em 2003, um fórum foi realizado para enfermeiros intensivistas discutirem questões de cuidados de enfermagem, gestão de saúde em terapia intensiva e a participação do enfermeiro intensivista nas políticas públicas de terapia intensiva. A partir deste evento, um movimento de enfermeiros intensivistas surgiu com o objetivo de revitalizar a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva (SOBETI), no entanto, sem sucesso. Ao longo dos anos, este movimento cresceu e reuniu enfermeiros de todo o país liderados pelo Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Após a extinção da SOBETI, foi criada em dezembro de 2009 a Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI), registrada em cartório no dia 05 de fevereiro de 2010<sup>(4)</sup>. A partir de 2011, teve início o Concurso Público para Certificação de Título de Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico e Neonatal. Durante o período de 2011 a 2015, o Título foi concedido com base na proficiência e mediante aprovação em um exame teórico. No ano de 2016, a obtenção do Título por meio da proficiência foi temporariamente suspensa e substituída pela introdução de uma avaliação prática de habilidades<sup>(4)</sup>.

O principal propósito da Certificação dos Enfermeiros Especialistas em Terapia Intensiva para pacientes adultos, pediátricos e neonatais é garantir a competência dos enfermeiros na prestação segura e de alta qualidade de cuidados ao paciente crítico e à sua família. A ABENTI, em parceria com o Departamento de Enfermagem da AMIB, tem como principal objetivo promover a integração dos enfermeiros que atuam na terapia intensiva em todo o Brasil e no exterior. Isso é feito por meio da facilitação do intercâmbio de conhecimentos e experiências, contribuindo para o enriquecimento e divulgação do trabalho dessa categoria profissional. É importante destacar que a ABENTI é afiliada tanto à Federação Latino-americana de Enfer-

magem em Cuidado Intensivo (FLECI) quanto à Federação Mundial de Enfermeiros em Cuidados Críticos (WFCCN).

### **Legislação e regulamentação para terapia intensiva e enfermagem**

Com o avanço da especialização de médicos e enfermeiros intensivistas, juntamente com a crescente necessidade de profissionais capacitados nesta área, tornou-se fundamental a criação de regulamentações legais para proteção de profissionais e pacientes, bem como para garantir a qualidade dos serviços prestados. Até 2010, não existia no Brasil uma legislação/normatização que fosse válida para todas as UTIs públicas, privadas, filantrópicas e militares no país. A Portaria 3432/GM de agosto de 1998 regulamentava apenas as UTIs públicas ou que recebiam pacientes do SUS.

Posteriormente, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7/2010<sup>(5)</sup> foi elaborada, esta - belecendo diretrizes mínimas para o pleno funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Seu objetivo primordial é a minimização

de potenciais riscos tanto para os pacientes, visitantes e profissionais de saúde quanto para o ambiente. A regulamentação abrange todas as UTIs existentes no país, independentemente de serem de caráter público, privado ou filantrópico, bem como

aquelas de natureza civil ou militar.

É fundamental realizar um acompanhamento constante das UTIs e documentar suas análises de desempenho, assim como avaliar o padrão de funcionamento global e registrar eventos que possam sugerir melhorias na qualidade dos cuidados prestados. Os pacientes sob cuidados intensivos na UTI devem passar por uma avaliação, utilizando um sistema de classificação de suas necessidades de atendimento de enfermagem. A gestão do hospital que abriga a UTI deve garantir a disponibilidade de recursos humanos e materiais essenciais para manter o pleno funcionamento da unidade e garantir a continuidade dos cuidados, em estrita conformidade com as diretrizes estabelecidas na RDC<sup>(5)</sup>.

A revisão da RDC 7/2010 pela RDC 26/2012<sup>(6)</sup> foi realizada em conformidade com a Portaria nº 332, de 24 de março de 2000, para pacientes neonatais e a Portaria 895/2017<sup>(7)</sup> para pacientes adultos e pediátricos do Ministério da Saúde (MS), que regula as UTIs que atendem pacientes do SUS. Foi considerado necessário estabelecer distinções entre as UTIs tipo III e II, com

uma proporção de 5 pacientes por enfermeiro na UTI tipo III e 10 pacientes por enfermeiro na UTI tipo II. Esta Portaria também definiu e especificou cuidados progressivos aos pacientes críticos e/ou graves, dando aos profissionais a capacidade de admissão e alta, classificação e habilitação de leitos nas UTIs, de acordo com as categorias existentes no SUS (adulto, pediátrica, coronariana (UCO), queimados e cuidados intermediários), além de abordar a organização das unidades de cuidados intensivos e intermediários em relação à qualificação, indicadores, materiais e equipamentos. É importante destacar que as normas e regulamentos existem, mas devem ser aplicados de acordo com as necessidades dos pacientes e as diferentes realidades do país e complexidades das UTIs.

Este processo de reformulação também gerou um debate sobre a formação exigida para os profissionais intensivistas. Com a finalidade de aprimorar e elevar a qualidade do atendimento prestado, em 8 de fevereiro de 2017, a RDC 137<sup>(8)</sup> entrou em vigor, trazendo modificações nos requisitos de formação necessários para aqueles que ocupam os cargos de responsáveis técnicos e coordenadores de equipe. Conforme o parágrafo 1º do artigo 13 da RDC, é estipulado que o responsável técnico médico, juntamente com os coordenadores de enfermagem e fisioterapia, deve possuir o título de especialista, conforme as diretrizes estabelecidas pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas. Diferentemente do exigido na RDC 7/2010, que exigia formação *Lato Sensu* em terapia intensiva e/ou áreas afins, a RDC 137 capacita o coordenador de enfermagem de UTI, desde que o profissional receba a certificação profissional de Título de Enfermeiro Especialista em Terapia Intensiva concedida pela associação profissional de referência, no caso a ABENTI, reconhecida pela ABEn e registrada no COFEN. Esta certificação ocorre através de um método avaliativo (escrita e prática) de conhecimento, habilidades, práticas e experiências clínicas, com o objetivo de garantir que o enfermeiro intensivista, em cargo de coordenação, seja o mais qualificado possível, garantindo qualidade e segurança no atendimento prestado.

É importante ressaltar que os processos de certificação e titulação são diferentes e completamente independentes. A certificação *Lato Sensu* baseia-se em formação continuada e especialização qualificada e formal, obedecendo requisitos específicos e fundamentados para o exercício da profissão e é regulada pelo

MEC. Já o processo de titulação é validado por uma agência não governamental, baseada em padrões predeterminados, qualificando e reconhecendo o enfermeiro para a área em que deseja atuar, fornecendo prestígio de sua especificidade perante a equipe de trabalho e demais profissionais, legitimando a competência científica e profissional. É relevante destacar que o processo de Titulação de Enfermeiros Especialistas em Terapia Intensiva é oficialmente reconhecido de acordo com a Resolução COFEN n. 625/2020. Esta resolução atualiza os procedimentos relativos ao Registro de Títulos de Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu* concedidos a Enfermeiros dentro do escopo do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e lista as especialidades reconhecidas<sup>(9)</sup>.

A certificação é um diferencial importante na carreira do enfermeiro de terapia intensiva, pois além de promover a primazia na qualificação continuada em cuidados críticos, valida esse conhecimento aos pacientes, familiares, empregadores e para os próprios profissionais da área. Além disso, é obrigatória para todos os enfermeiros coordenadores em UTIs<sup>(8)</sup>. As opiniões divergentes entre profissionais e o MS no que se refere à relação enfermeiro/médico e paciente levaram a várias alterações nas regras de proporção de profissionais de enfermagem por leito, que foram modificadas de 1 enfermeiro para cada 8 leitos ou fração<sup>(5)</sup> para 1 a cada 10 leitos ou fração<sup>(6)</sup>.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) emite resoluções que estabelecem diretrizes para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem em UTIs, com o propósito de assegurar a adequação tanto em termos quantitativos quanto qualitativos no atendimento às demandas de assistência ao paciente. O principal objetivo é manter a qualidade na prestação de serviços, estabelecendo uma quantidade mínima de horas para que esses profissionais possam trabalhar de forma segura<sup>(10)</sup>, em conformidade com o Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

Há duas resoluções que tratam das diretrizes relacionadas ao dimensionamento de pessoal em UTIs: a Resolução n. 527/2016<sup>(11)</sup> e a Resolução n. 543/2017<sup>(12)</sup>, que está em vigor atualmente. Estas resoluções complementam-se, uma vez que a primeira estabelece a proporção de profissionais por paciente nas UTIs (1 profissional de enfermagem para 1,33 a 1,5 pacientes, 1 enfermeiro para 2,56 a 2,5 pacientes e 1 técnico de enfermagem para 2,77 a 3 pacientes),

enquanto a segunda regula o número de horas que esses profissionais devem cumprir (18 horas de enfermagem por paciente na terapia intensiva e a utilização do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) com uma proporção mínima de 52% de enfermeiros, com os demais profissionais sendo técnicos de enfermagem). É fundamental ressaltar a relevância desses parâmetros para a devida planificação da quantidade de profissionais necessários nas equipes que atuam em unidades de terapia intensiva durante a prestação de cuidados de enfermagem. Além do quantitativo de profissionais previamente definido, é crucial incluir um Índice de Segurança Técnica (IST) de pelo menos 15% do total, dividido em 8,3% alocados para cobrir períodos de férias e 6,7% para ausências não programadas. Nos casos em que a equipe de profissionais de enfermagem em unidades assistenciais seja constituída por 50% ou mais de indivíduos com idade superior a 50 anos ou contenha 20% ou mais de profissionais com limitações ou restrições no desempenho de suas atividades, é recomendável adicionar um acréscimo de 10% ao quadro de pessoal do setor<sup>(13)</sup>. Divergências de parâmetros estabelecidos por órgãos governamentais e não governamentais são nítidas e interferem na instalação de estratégias e políticas que visam a adequação qualitativa e quantitativa dos profissionais de enfermagem nas UTIs brasileiras. Isso cria um conflito entre a administração das instituições de saúde e os Responsáveis Técnicos de Enfermagem, dificultando a implementação de ações que promovam e sustentem melhorias necessárias no processo assistencial<sup>(14)</sup>. Essas melhorias são cruciais para garantir o cuidado aos pacientes com segurança e eficácia e oferecer condições de trabalho favoráveis aos resultados da assistência prestada. A Lei n. 7.498/86<sup>(15)</sup> estabelece as atribuições do enfermeiro, que abrangem a elaboração de planos, organização, coordenação, implementação e avaliação da assistência de enfermagem, bem como a realização de atividades de liderança e direção exclusivas. Além dessas responsabilidades administrativas, o enfermeiro assume a responsabilidade direta pelo cuidado de pacientes em condições críticas, e aqueles que necessitam de um conhecimento científico sólido e a habilidade de tomar decisões imediatas. Dado que o enfermeiro está em contato próximo com o paciente diariamente, fornecendo cuidados contínuos, ele possui a capacidade de identificar e até mesmo prevenir situações cruciais.

## O espaço físico das UTIs

Os ambientes físicos, sociais, profissionais e de relações interpessoais constituem a ambiência que deve ser considerada para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana dos sujeitos envolvidos. O profissional de enfermagem deve ser o protagonista neste cenário, já que seu conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de um projeto bem-sucedido e uma infraestrutura que proporcione ambientes favoráveis à cura. As normas de infraestrutura física dos estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) visam a uniformidade de informações e a qualidade dos serviços prestados. A principal norma brasileira para projetos na área da saúde é a Resolução RDC nº 50 - ANVISA<sup>(16)</sup>, que precisa ser atualizada para atender às necessidades atuais das UTIs. A legislação pode ser enriquecida por meio de manuais elaborados por entidades encarregadas da certificação e acreditação de instituições de saúde, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esses manuais podem incorporar a avaliação da percepção do espaço físico tanto pelo paciente quanto pelo prestador de serviços, constituindo-se como uma nova variável a ser integrada nos critérios de avaliação das instalações<sup>(17)</sup>.

A presença de luz natural nos ambientes desempenha um papel fundamental na percepção do tempo, distinguindo o dia da noite, além de ser um fator influente no estado de saúde das pessoas. Nesse contexto, a iluminação natural também desempenha um papel positivo no tratamento de pacientes em condições críticas. A combinação da luz natural com a luz artificial auxilia na redução dos sintomas de depressão e contribui para a manutenção da saúde dos pacientes. É importante que o ambiente seja projetado de maneira multissensorial, oferecendo estímulos visuais, como a contemplação de imagens e a presença de vegetação ou jardins internos, bem como a luz natural. Além disso, estímulos auditivos, como música, e a possibilidade de interação emocional com outros pacientes na mesma situação são igualmente relevantes. Um ambiente que promove esses aspectos favoráveis está intrinsecamente relacionado a diversas situações e desempenha um papel preventivo na ocorrência de eventos indesejados<sup>(18)</sup>.

A abordagem do cuidado centrado no paciente representa uma visão atual que suplanta a concepção de isolamento do paciente dentro da UTI. A participação da família desempenha um papel de extrema relevância no processo de re-

cuperação do paciente que se encontra em estado crítico. É fundamental planejar um espaço próximo ao leito para acomodar os familiares e também providenciar uma área de convivência com instalações sanitárias, a fim de permitir que eles se sintam mais confortáveis e possam descansar adequadamente. A iluminação natural e a multisensorialidade do ambiente são fatores positivos no tratamento de pacientes em estado crítico, além da privacidade e individualidade, que podem ser obtidas com o uso de divisórias que permitam integração e privacidade. A atualização das normas e diretrizes é necessária para atender às necessidades do cuidado centrado no paciente e ao cenário atual da saúde brasileira<sup>(18)</sup>.

### **Situação atual e desafios futuros a enfermagem intensivista**

A magnitude da crise da pandemia de CO-VID-19 (SARS-CoV-2) evidenciou a disparidade entre as nações em relação às estratégias de enfrentamento, destacando as diferenças culturais. Essa crise expôs as fragilidades dos sistemas de saúde e as desigualdades sociais em todo o mundo, mas também destacou o papel fundamental da enfermagem em situações de extrema vulnerabilidade da população.

No ano de 2020, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) proclamaram o "Ano Internacional dos Profissionais de Enfermagem e Obstetrícia" com a finalidade de reconhecer o significativo trabalho desempenhado por esses profissionais em escala global. Esta iniciativa teve como propósito reconhecer a significativa contribuição desses profissionais em todo o mundo, advogar por maiores investimentos em suas áreas de atuação e aprimorar suas condições de trabalho, educação e desenvolvimento profissional<sup>(19)</sup>.

Um outro ponto de destaque é a campanha "Nursing Now" (traduzida como "Enfermagem Agora"), lançada em fevereiro de 2018 em colaboração com a Organização Mundial da Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o UK All Party Parliamentary Group on Global Health do Reino Unido. Essa iniciativa tem como meta elevar o prestígio e o reconhecimento da enfermagem em âmbito mundial, representando uma ação internacional para fortalecer os profissionais dessa área. No contexto brasileiro, essa campanha é promovida pelo COFEN em colaboração com o Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, ligado à USP/Ribeirão Preto, com o propósito de

destacar os profissionais de enfermagem como verdadeiros líderes da saúde, desempenhando um papel fundamental na linha de frente de inúmeras UTIs ao redor do globo<sup>(20)</sup>.

Paralelamente, a Prática Avançada em Enfermagem (PAE) representa um marco importante nos cuidados de saúde, com enfermeiros exercendo autonomia profissional, aplicando habilidades avançadas de avaliação e oferecendo consultoria a outros profissionais de saúde. A formação nessa área requer educação em nível avançado, reconhecida por sistemas formais de licenciamento e credenciamento<sup>(21,22)</sup>.

No contexto atual da enfermagem intensivista, há uma discussão em andamento sobre a inclusão do profissional de PAE nas equipes das UTIs. Este novo papel traz uma abordagem mais especializada, com uma gama mais ampla de responsabilidades e habilidades clínicas aprimoradas. A presença de enfermeiros especializados em prática avançada pode ser um ponto positivo na assistência crítica, oferecendo um nível mais elevado de cuidado e conhecimento especializado aos pacientes. É crucial reconsiderar a identidade profissional. Essa reflexão envolve analisar o conhecimento e as competências historicamente desenvolvidas e alcançadas pela ciência, disciplina e profissão da enfermagem. Esse processo de revisão e reflexão permitirá à enfermagem brasileira se alinhar com as necessidades emergentes da prática de saúde contemporânea, capacitando-a para enfrentar os desafios e as exigências de um cenário em constante evolução.

A trajetória da enfermagem intensivista e a construção das UTIs têm enfrentado inúmeros desafios, tanto no passado quanto no presente e no futuro, como observado na atual pandemia que tem ceifado inúmeras vidas diariamente. Embora a enfermagem intensivista tenha sido solidificada ao longo das guerras mundiais e pandemias anteriores, a realidade atual é marcada por uma doença altamente transmissível e letal, especialmente para os profissionais de enfermagem que estão na linha de frente do atendimento. A infraestrutura, organização e qualificação profissional são constantemente postas à prova diante desse inimigo invisível chamado coronavírus, mas muito real e palpável para os enfermeiros que se dedicam diariamente aos cuidados críticos desses pacientes. A enfermagem tem como objeto de atuação a dimensão do cuidado integral, que é fundamental no passado, presente e futuro, embasada em um conhecimento científico sólido capaz de

superar barreiras e garantir a segurança e qualidade do atendimento aos pacientes admitidos em condições críticas nas UTIs. Além da pandemia de COVID-19, os enfermeiros e técnicos de enfermagem têm demonstrado resiliência, capacidade de reinventar-se, construir e capacitar-se diante das adversidades para atender à população brasileira em momentos desafiadores, como foi visto no pronto atendimento às vítimas da tragédia da Boate Kiss e do surto de H1N1 em 2009. Não vimos enfermeiros abandonando os leitos dos pacientes, mas sim dedicando-se ao máximo para superar esses momentos difíceis da história com responsabilidade, comprometimento, conhecimento científico e habilidades técnicas, exercendo com excelência suas atribuições.

A inovação e qualificação no processo de cuidado trazem o desafio de uma enfermagem tecnicamente qualificada, porém humana em sua essência, capaz de traduzir para a sociedade o seu papel. Os enfermeiros desempenham inúmeras atividades no cotidiano de suas práticas, desde a identificação de riscos aos pacientes, avaliação do estado de saúde, monitoramento de sinais e sintomas de piora clínica, redução de infecções hospitalares, conforto e apoio emocional aos pacientes e familiares, orientação e educação em saúde, até a gestão da unidade onde trabalham.

Nossos enfrentamentos devem emergir de condições seguras para nossa atuação e valorização das práticas assistenciais. É necessária uma mudança transformacional nos sistemas de saúde para valorizar a categoria que ao longo da história tem se dedicado ao cuidado do ser humano, fazendo a diferença nos cenários de atenção à saúde.

## CONCLUSÃO

A contribuição que esta reflexão se propõe a fazer é uma análise aprofundada da construção dos saberes no atendimento dos pacientes críticos. Abordando alguns itens essenciais para uma perspectiva de futuro mais propositiva nas ações desenvolvidas a esses indivíduos, que aliem a utilização da tecnologia disponível ao mesmo tempo que tornem as práticas assistenciais mais humanizadas, mantendo os pacientes e seus familiares no centro do cuidado.

É possível afirmar que a instalação de UTIs em todo o mundo é impulsionada por dois principais fatores: o aumento da demanda por hospitalização de pacientes e a crescente complexidade de doenças e intervenções médicas. Esses fa-

tores têm evidenciado desafios na assistência, não apenas em termos de recursos materiais e humanos, mas também em relação aos aspectos físicos, o que tem gerado a necessidade de adequação das instalações hospitalares para atender a essa nova demanda. Nesse novo cenário, o papel do enfermeiro tem se destacado e se tornado fundamental, pois eles possuem a capacitação e a qualificação necessárias para atuar na assistência e gestão das UTIs. É perceptível, nesse sentido, que o enfermeiro assume uma posição de empoderamento, com a necessidade de dominar conhecimentos fundamentados na fisiologia e fisiopatologia humana, para realizar identificação e intervenção precoce visando manter ou recuperar funções vitais comprometidas. Além disso, possuem habilidades, qualificações e competências clínicas para identificar, prevenir e minimizar os efeitos adversos das intervenções sobre a integridade dos pacientes, respeitando seus valores, princípios e desejos, e valorizando a relação humana. Ao utilizar suas capacitações e experiência, e ao optar por focar no cuidado ao ser humano em vez da cura da doença, e ao utilizar a tecnologia como uma aliada para promover a harmonização do paciente em vez de um recurso principal, o enfermeiro consegue fortalecer e esclarecer seu papel e suas funções.

## REFERÊNCIAS

1. Hamilton DK, Sheply MM. Design for critical care: an evidence-based Approach. New York: Architectural Press of Elsevier; 2010.
2. Orlando JMC, Miquelin L. UTIs contemporâneas. São Paulo: Atheneu; 2008.
3. Gomes AM. Enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: EPU; 1978.
4. Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI) [Internet]. Jardim Paulista (SP): ABENTI; 2022 [citado 2022 Mar 10]. Disponível em: <http://abenti.org.br/>
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2023 Mar 05]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)

6. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2023 Jun 06]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html)
7. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2023 Set 04]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895\\_26\\_04\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html)
8. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 137, de 08 de fevereiro de 2017. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2023 Ago 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0137\\_08\\_02\\_2017.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0137_08_02_2017.pdf)
9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 625/2020, de 19 de fevereiro de 2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e lista as especialidades [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2020 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-625-2020\\_77687.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-625-2020_77687.html)
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer nº 07/2016/CTLN/COFEN, de 03 de maio de 2016. Legislação. RDC Nº 07/2010 alterada pela RDC Nº 26/2012 Inteligência dos artigos 11, 12, 13 e 14 da Lei do Exercício Profissional, combinado com a RDC ANVISA nº 07/2010. Resolução 293/2004 [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2016 [citado 2023 Ago 16]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072016ctlncofen\\_45800.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072016ctlncofen_45800.html)
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 0527/2016, de 03 de novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [internet]. Brasília (DF): COFEN; 2016 [citado 2022 Ago 27]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016\\_46348.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html)
12. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 543/2017, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/ locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2017 [citado 2022 Out 05]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
13. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI adulto de um hospital ensino. Rev Electr Enf. 2009;11(1):55-63. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46870>
14. Rodrigues MA, De Paula RCC, Santana RF. Divergências entre legislações do dimensionamento de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. Enferm Foco [Internet]. 2017 [citado 2023 Set 01];8(1):12-16. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/758>
15. Presidência da República (BR). Casa Civil. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986 [citado 2022 Set 07]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm).
16. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planeja-

- mento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002 [citado 2022 Dez 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html)
17. Zampiva PM. Hospitais mais sustentáveis: relações entre o ambiente construído, a assistência aos pacientes e os preceitos de sustentabilidade [dissertação de mestrado na internet]. São Leopoldo: Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016 [citado 2021 Set 01]. 155p. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/6028>
  18. Chavaglia SRR, Borges CM, Amaral EMS, Iwamoto HH, Ohl RIB. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):654-61. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400003>
  19. Reynolds NR. The year of the nurse and midwife 2020: activating the potential and power of nursing. *Rev Latino-Am Enferm.* 2020;28:e3279. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3279>
  20. Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2351-52. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>
  21. Toso BRGO, Peres EM. More advances than setbacks in implementing the Advanced Nursing Practice in Brazil. *Online Braz J Nurs.* 2023;22 Suppl. 2:e20236694. <https://doi.org/10.17665/1676>
  22. Vitor AF. Perspectivas da prática avançada de enfermagem no Brasil e no mundo. *Online Braz J Nurs.* 2018. [Cited 2023 Dec 30]; 17(1): 1-4. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6189/html>

#### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do projeto: Vieira DFVB

Obtenção de dados: Luz KR da, Caballero LG, Vieira DFVB

Análise e interpretação dos dados: Luz KR da, Caballero LG, Viana RAPP, Vieira DFVB

Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Luz KR da, Caballero LG, Viana RAPP, Vieira DFVB

Aprovação final do texto a ser publicada: Luz KR da, Caballero LG, Viana RAPP, Vieira DFVB

Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Luz KR da, Caballero LG, Viana RAPP, Vieira DFVB



Copyright © 2024 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.