



O sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em unidades de terapia intensiva

The symptom and its implications in nurses' clinical practice in intensive care units

El síntoma y sus implicaciones en la práctica clínica del enfermero en unidades de cuidados intensivos

Petra Kelly Rabelo de Sousa Fernandes^I; Karla Corrêa Lima Miranda^{II};
Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho^{III}; Arisa Nara Saldanha de Almeida^{IV}

RESUMO

Objetivo: discutir o sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em unidades de terapia intensiva (UTI). **Método:** estudo teórico, de análise reflexiva, no qual foi abordado o conceito de sintoma a partir de como ele surgiu no campo da medicina, até a dimensão do sintoma considerada na psicanálise. Posteriormente, foi proposta uma reflexão da compreensão de sintoma que permeia a prática clínica do enfermeiro em UTI. **Resultados:** para se conhecer o sintoma, faz-se necessário conhecer o sujeito que é cuidado e percebê-lo em sua singularidade, por meio de uma escuta focada na sua história de vida, para que permita criar condições de aparecimento do sujeito do inconsciente. **Conclusão:** o enfermeiro em UTI não pode limitar o seu processo de trabalho exclusivamente à condição de adoecimento do paciente, mas deve antes de tudo se perguntar quem é esse sujeito e qual sua história de vida, considerando a dimensão do inconsciente. **Palavras-chave:** Sintomas; cuidados de enfermagem; enfermagem prática; unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

Objective: to discuss the symptom and its implications in the clinical practice of nurses in intensive care units (ICUs). **Method:** in this theoretical, analytical reflection study, the concept of "symptom" was approached in terms of how it arose in the field of medicine, through to the dimension of symptom considered in psychoanalysis. The proposal was then to reflect on the comprehension of symptom that permeates nurses' clinical practice in the ICU. **Results:** in order to know the symptom, it is necessary to know the subjects cared for, and to perceive them in their singularity, by listening focused on their life histories, so as to create the conditions in which the subject of the unconscious can appear. **Conclusion:** ICU nurses cannot limit their work process exclusively to the patient's condition in terms of illness, but must first ask themselves who this subject is, and what his or her life history is, to consider the unconscious dimension. **Keywords:** Symptoms; nursing care; nursing practical; intensive care units.

RESUMEN

Objetivo: discutir el síntoma y sus implicaciones en la práctica clínica del enfermero en unidades de terapia intensiva (UTI). **Método:** estudio teórico, de análisis reflexivo, en el que se abordó el concepto de síntoma desde cómo surgió en el campo de la medicina, hasta la dimensión del síntoma considerado en el psicoanálisis. Posteriormente, se propuso una reflexión de la comprensión de síntoma que está presente en la práctica clínica del enfermero en UTI. **Resultados:** para conocer el síntoma, se hace necesario conocer al sujeto que objeto del cuidado y entenderlo en su singularidad, por medio de una escucha enfocada en su historia de vida, para que se pueda crear condiciones de surgimiento del sujeto del inconsciente. **Conclusión:** el enfermero en UTI no puede limitar su proceso de trabajo exclusivamente a la condición del enfermarse del paciente, sino debe, ante todo, preguntarse quién es ese sujeto y cuál es su historia de vida, considerando la dimensión del inconsciente. **Palabras Clave:** Síntomas; atención de enfermería; enfermería práctica; unidades de cuidados intensivos.

INTRODUÇÃO

O conceito de sintoma é discutido em diversos campos de conhecimento, podendo ser compreendido em diferentes sentidos. Quando esse conceito é abordado, geralmente vem associado à doença, como se fossem sinônimos.

Essa percepção demonstra forte influência da prática médica e da anatomia patológica, principalmente durante o século XVIII, em que o olhar médico valorizava sintomas e signos. O sintoma era interpretado como a

própria expressão da doença e, o signo era valorizado por sua capacidade de prognosticar o que vai se passar, fazer a anamnese do que se passou e diagnosticar o que ocorre no momento¹.

O significado do sintoma para a clínica médica é sempre patológico, sendo um fenômeno que, por definição, se opõe ao estado de saúde. Assim, a doença, como algo da órbita do invisível, torna-se transparente pelo sintoma².

^IDoutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: petrinha_kelly@hotmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: kfor026@terra.com.br.

^{III}Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: manumfc2003@yahoo.com.br.

^{IV}Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: arisanara@gmail.com

Seguindo o modelo da história natural, a medicina clássica teve como sujeito e como objeto, respectivamente, o olhar de superfície do médico e o espaço plano de classificação das doenças, de forma que definir uma doença é enumerar seus sintomas, devendo-se, para tanto, abstrair o doente desse contexto, o que se configura em uma medicina das espécies patológicas³.

Logo, para que haja a relação entre o sintoma e a doença, ou seja, o estabelecimento de relação do significativo com o significado, é necessária a intervenção do olhar médico. Este transforma o sintoma em um significativo que identifica imediatamente a doença como sua verdade, fazendo assim do sintoma um sinal².

Porém, essa percepção de sintoma para a medicina difere da percepção de outro campo de saber, como a psicanálise.

O sintoma como significativo para a psicanálise representa o próprio sujeito. Assim, não revela a verdade de uma doença orgânica, mas trata-se da verdade do sujeito do inconsciente e se refere a algo que poderá ser apreendido a partir da história de vida de cada sujeito, podendo ser decifrado com a participação do psicanalista, mas que só terá sentido se identificado pelo próprio sujeito².

Analisando historicamente o contexto do nascimento da clínica, no qual a atuação médica foi condutora, percebe-se porque a soberania de suas ações ainda continua prevalente nos serviços de saúde, inclusive, com forte influência sobre as demais categorias profissionais⁴.

Percebe-se, forte influência na atuação dos enfermeiros, que se apropriam dos princípios da medicina clássica e trabalham com o sintoma no sentido da semiologia médica, da identificação de sinais e sintomas no paciente e, por conseguinte, reproduzem no cuidado prestado ao paciente o modelo assistencial pautado na biomedicina.

Buscando esse contexto em unidades de terapia intensiva (UTI), percebe-se que o cuidado do enfermeiro é focado em intervenções biológicas, sendo o sintoma, portanto, relacionado à doença, desconsiderando a sua relação com o sujeito.

Além das observações empíricas, a partir da maioria dos estudos realizados em UTI, não discutem o cuidado ao sujeito, pois estão mais direcionados ao conhecimento de patologias, diretrizes clínicas, protocolos assistenciais, uso de tecnologias e escalas de avaliação clínica.

Sabe-se que esse cuidado prestado pelo enfermeiro é fundamental no acompanhamento e recuperação de pacientes críticos. Porém, o que se observa, muitas vezes, é a sobreposição da patologia e do tratamento em relação ao próprio sujeito e sua história de vida.

Compreende-se que o paciente internado em UTI não necessita somente de um cuidado físico, do corpo e

da doença, pois antes de qualquer processo de adoecimento, ele é um sujeito e que não é constituído apenas por necessidades biofisiológicas, mas por demandas que não podem ser plenamente satisfeitas, uma vez que esse sujeito é constituído por um vazio, falta constitutiva do desejo de ser².

Esse cuidado biológico prestado reconhece o sujeito como indivíduo, como um todo indivisível, que pode se tornar completo a partir de suas necessidades supridas. Logo, desconhece a divisão subjetiva pela qual o sujeito sustenta o desejo, porém é lá onde falta alguma coisa que se encontra o sujeito, esse significativo que falta, esse vazio de representação em que se manifesta o desejo².

Nessa perspectiva, o enfermeiro pode redirecionar o seu cuidado, em busca de intervenções que não se restrinjam ao diagnóstico médico e à terapia instituída, mas que envolvam questões que digam respeito ao sujeito, sua história de vida e sua relação consigo e com o outro.

Esse estudo, portanto, tem como objetivo discutir o sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em UTI.

REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do paradigma anatomoclínico no século XVIII, a doença passou a se constituir para a medicina segundo sintomas e signos, sendo o sintoma interpretado como a própria forma da doença se apresentar¹.

Na medicina, o sintoma é dotado de sentido, mas compete ao médico dar a sua significação, com o objetivo de eliminá-lo. Já na psicanálise, o sintoma também é dotado de sentido, mas a clínica psicanalítica toma-o em outra dimensão e exige sua redefinição⁵.

O sintoma não remete a uma doença que tem algum substrato anatomopatológico, não remete a um significado generalizável nem a um significado patológico². O sintoma tem um sentido e se relaciona com as experiências do sujeito, com a vida de quem o produz⁶.

A trajetória do sintoma ao inconsciente foi possível pelo estudo de um neurologista do século XIX chamado Sigmund Freud sobre as neuroses. Freud identificou que os sintomas de pacientes histéricas não correspondiam com uma alteração orgânica e, portanto, não tinham uma explicação racional. Porém, a partir da escuta dessas mulheres, ele descobriu que suas falas desvelavam algo de outra ordem que, mesmo desconhecido por quem falava, portava um sentido a respeito da verdade do sujeito. Surge, então, o conceito de inconsciente².

As neuroses foram compreendidas como a expressão de conflitos entre o eu e as pulsões que, por serem incompatíveis com a integridade ou com os padrões éticos do eu, são recalçadas, são impedidas de se tornar conscientes. Porém, o recalçamento facilmente fracassa e a libido represada, que foi repelida pela re-

alidade, procura outras vias de satisfação. O resultado é um sintoma⁷. Assim, o sintoma se apresenta como um substituto de uma satisfação pulsional, sendo uma consequência do processo de recalçamento.

Assim, como uma formação do inconsciente, é algo que escapa do inconsciente e chega ao consciente na forma de sintoma em busca de realizar alguma experiência de satisfação, correspondendo a uma pulsão recalçada do sujeito.

Freud esclarece o caminho indireto, via inconsciente, pelo qual a libido consegue achar uma saída de satisfação real, o sintoma, mesmo que seja uma satisfação extremamente restrita e que mal se reconheça como tal. Assim, o sintoma repete, de algum modo, uma experiência de satisfação⁸.

Porém, a formação dos sintomas não representa apenas satisfação, mas também angústia. Freud estabeleceu a relação altamente significativa entre a geração de angústia e a formação de sintomas, verificando que os dois processos se representam e substituem um ao outro. Ele concluiu que a geração da angústia veio primeiro, e a formação dos sintomas, o que veio depois, como se os sintomas fossem criados a fim de evitar o estado de angústia⁹.

Logo, o sintoma é o lugar paradoxal onde o sujeito, sem que ele o saiba, tem a sua satisfação e, também, o seu sofrimento⁷. Assim, representa, ao mesmo tempo, dor e alívio, tanto sofrimento para o eu quanto alívio para o inconsciente. Alívio, pois é uma forma parcial da tensão retida no inconsciente se manifestar.

O sintoma se apresenta como um mal-estar que se impõe a nós e nos interpela, sendo um ato involuntário, produzido além de qualquer intencionalidade e de qualquer saber consciente¹⁰.

O sintoma, para Lacan, passa a ser compreendido como gozo, que representa essa satisfação que sustenta o sujeito¹¹. Essa satisfação aparece para tratar a falta estrutural do Outro da linguagem. O sujeito em sua constituição se descobre faltoso e acredita que veio para completar o Outro, porém descobre a falta também no Outro e, a partir disso, cria um mecanismo de tamponar essa angústia que o constituiu, o sintoma¹². Assim, o sintoma porta uma satisfação que não para de querer se manifestar, mas, ao mesmo tempo, nunca poderá ser alcançada por completa.

O sintoma pode ser compreendido como resultado de uma estrutura marcada por uma falta, representando a verdade que aponta para essa falta inerente. Aí residiria o aspecto *incurável* do sintoma¹³.

O que Freud vai encontrando em sua prática clínica é que os sintomas carregam em si uma satisfação que torna o tratamento difícil. Assim, o sintoma, após 1920, passa ter duas faces: o de mensagem, passível de interpretação, e o de satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico¹³.

Dá o fato de a psicanálise compreender o sintoma de maneira diferente, não com o intuito de eliminá-lo, mas de decifrá-lo e indicar ao sujeito o modo como ele pode lidar com o seu sintoma.

METODOLOGIA

Estudo teórico, de análise reflexiva, acerca do sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em UTI. Para tecer do estudo, foi abordado o conceito de sintoma a partir de como ele surgiu no campo da medicina, até a dimensão do sintoma considerada na psicanálise.

Para a discussão do conceito de sintoma para a medicina, utilizou-se como referência o livro *O nascimento da clínica*¹. A abordagem do sintoma para a psicanálise foi realizada a partir da leitura dos textos *A descoberta do inconsciente*², *O sentido dos sintomas*⁶, *Os caminhos da formação dos sintomas*⁸ e *Angústia e vida pulsional*⁹, além de outros referenciais psicanalíticos.

Para a aproximação com a prática clínica do enfermeiro em UTI, foi realizado o levantamento de artigos científicos na base de dados SciELO, com os seguintes descritores: cuidado; enfermagem e UTI. Foram encontrados 57 artigos e, após a leitura prévia dos resumos dos trabalhos levantados, foram selecionados 17 artigos pertinentes à fundamentação teórica da reflexão proposta no estudo.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos dez anos, escritos em língua portuguesa e disponíveis na íntegra, que apresentassem em sua discussão considerações sobre cuidados intensivos, especialmente em UTI. Os critérios de exclusão foram artigos que, embora abordassem a temática, não contemplassem o objetivo do estudo.

Esses artigos foram avaliados pela análise de conteúdo, a partir da qual se identificou os cuidados gerais e a percepção de cuidado de enfermagem em UTI. Posteriormente, foi realizada uma reflexão da compreensão de sintoma que permeia a prática clínica do enfermeiro em UTI, a partir de experiências vivenciadas pela pesquisadora em campo de prática e por meio dos estudos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos, foi identificado um cuidado fundamentado em protocolos assistenciais, escalas de avaliação clínica e diretrizes clínicas, que foram consideradas como ferramentas importantes na busca pela melhor qualidade da assistência e pela redução das variações entre serviços e entre profissionais, uma vez que resumem e sistematizam as melhores evidências científicas¹⁴⁻¹⁷.

Além disso, a adoção de diagnósticos e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual favorece o processo de comunicação, a compilação de dados para o

planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem profissional e fundamentalmente confere cientificidade ao cuidado^{18,19}.

O cuidado de enfermagem intensivo envolve dedicação e vigilância e exige conhecimento técnico-científico das patologias^{20,21} e dos procedimentos invasivos^{22,23}, sendo apontados como principais cuidados monitorização dos sinais vitais, balanço hídrico rigoroso, acompanhamento e coleta de exames laboratoriais, troca de curativos e cuidados relativos aos eventos adversos²⁴⁻²⁷.

As tecnologias emergiram como recursos de apoio às atividades assistenciais no âmbito hospitalar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, alterando o processo diagnóstico-terapêutico, principalmente no âmbito da UTI²⁸.

Diante desse cenário clínico-patológico da UTI, para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, algumas reflexões a respeito do processo de trabalho em enfermagem tornam-se relevantes, sendo necessário que esses profissionais estejam instrumentalizados para lidar além de situações clínicas²⁹⁻³⁰.

Compreende-se, portanto, que o cuidado do enfermeiro em UTI é voltado para o biológico, sendo o sintoma percebido, portanto, como uma alteração anátomofisiológica, tendo como principal intervenção a sua eliminação para o estabelecimento da cura.

Implicações da compreensão de sintoma na prática clínica

Entende-se que a assistência à doença e ao tratamento do paciente é muito importante, porém questiona-se: quem é esse paciente para além de sua patologia? Será que os enfermeiros percebem esse sujeito? Para onde é direcionado o olhar do enfermeiro? Para o sujeito ou para a doença?

Embora pareça claro que o olhar da enfermagem, como uma arte do cuidar, seja sobre o sujeito, na prática percebe-se o cuidado do enfermeiro em UTI focado em intervenções biológicas, como o acompanhamento clínico da patologia, do tratamento e a realização de exames periódicos, o que promove o apagamento do sujeito, sendo este cada vez mais objetificado e reduzido.

O que muitas vezes se apresenta no cotidiano dos serviços de saúde é uma sujeição daqueles que buscam assistência aos saberes dos já prontos, em que o profissional já sabe, de antemão, o que cada um deve ou não fazer para alcançar a cura. O saber científico representa a verdade sobre os sujeitos, e estes não são detentores de nenhum saber. Reduzir a experiência subjetiva às questões patológicas é desconhecer que o sujeito, apesar de habitar um corpo, não se reduz a ele³¹.

Entende-se que os pacientes em tratamento intensivo não buscam apenas um acompanhamento clínico de sua patologia, mas profissionais que os acolham e os compreendam além do processo de adoecimento, como sujeitos com suas subjetividades e singularidades.

Pode-se repensar a prática clínica do enfermeiro em UTI a partir de uma redefinição da SAE, para que essa não seja apenas um instrumento norteador da prática do enfermeiro e sua operacionalização não contribua para a exclusão da subjetividade dos sujeitos, mas que busque reinserir, além das questões biológicas, um espaço onde outras questões do sujeito possam se manifestar.

Compreende-se que para que a clínica se dê como um verdadeiro conhecimento faz-se necessário que o enfermeiro se despoje de qualquer posição de saber totalizador e se lance no intempestivo de cada encontro, de cada intervenção³².

Assim, torna-se de fundamental importância pensar qual é a noção de sujeito que temos e como este se relaciona consigo e com os outros, pois é essa concepção que irá nortear e fundamentar a prática clínica do enfermeiro³³.

Assim propõe-se, ao invés da limitação, a abrangência; no lugar do modelo reducionista, a complexidade, com o conhecimento de que o saber sobre o sujeito não está ao alcance de todos e não estará ao alcance de ninguém, a não ser pela reintrodução de um questionamento sobre o sujeito, sua história de vida, seus significantes³¹.

A possibilidade de uma clínica centrada no cuidado do sujeito pode ser a abertura de um terreno fecundo onde a enfermagem pode desenvolver seu potencial. É possível pensar em um modelo de saúde que se desloque da forma intervencionista, que tem como objetivo principal curar, para outra, cujo objetivo primordial é o cuidar³².

Dessa maneira, o enfermeiro em UTI não deve limitar o seu processo de trabalho exclusivamente à condição de adoecimento do paciente e ao manejo de equipamentos, mas deve antes de tudo se perguntar quem é esse sujeito e qual sua história de vida, considerando a dimensão do inconsciente que o constitui.

CONCLUSÃO

A partir dessa reflexão, impõe-se outro olhar para além da clínica médica, que não objetive apenas o tratamento biológico, mas que possibilite a emergência de outras questões que dizem respeito à história de vida do sujeito.

Entende-se que o cuidado de enfermagem vai muito além do processo de adoecimento, pois se trata de uma relação entre sujeitos, em que ambos são transformados nessa interação. Pensando o cuidado ao sujeito como elemento fundamental da prática de enfermagem, pode-se romper com a visão patológica e tecnicista do modelo tradicional de assistência à saúde e, portanto, inovar e renovar o cuidado de enfermagem em UTI.

Aponta-se como limitação o fato desse estudo ser teórico, sendo necessário o desenvolvimento de outros estudos de campo voltados para a subjetividade e singularidade do cuidado de enfermagem em UTI.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
2. Quinet A. A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2011.
3. Machado R. Foucault, a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2006.
4. Macêdo SM, Miranda KCL, Silveira LC, Gomes AMT. Cuidado de enfermagem em Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids. Rev. bras. enferm. 2016; 69(3):515-21.
5. Pimenta AC, Ferreira RS. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. Rev. Méd. Minas Gerais. 2003; 13(3):221-8.
6. Freud S. O sentido dos sintomas. In: Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
7. Dias MGLV. O sintoma: de Freud a Lacan. Psicol. est. 2006; 11(2):399-405.
8. Freud S. Os caminhos da formação dos sintomas. In: Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
9. Freud S. Angústia e vida pulsional. In: Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
10. Nasio J.-D. 5 lições sobre a teoria de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1993.
11. Lacan J. O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise, 1969-1970. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1992.
12. Maia AB, Medeiros CP, Fontes F. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. Estilos clin. 2012; 17(1):44-61.
13. Conde H. O sintoma em Lacan. São Paulo: Escuta; 2008.
14. Schweitzer G, Nascimento ERP, Nascimento KC, Moreira AR, Bertinello KCG. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados durante e após o voo. Texto & contexto enferm. 2011; 20(3):478-85.
15. Schweitzer G, Nascimento ERP, Moreira AR, Bertinello KCG. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. Rev. bras. enferm. 2011; 64(6):1056-66.
16. Gomes MASM, Wuillanume SM, Magluta C. Conhecimento e prática em UTI Neonatais brasileiras: a perspectiva de seus gestores sobre a implementação de diretrizes clínicas. Physis 2012; 22 (2):527-43.
17. Sousa CA, Santos I, Silva LD. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. Rev. bras. enferm. 2006; 59(3):279-84.
18. Viera CS. Risco para amamentação ineficaz: um diagnóstico de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2004; 57(6):712-4.
19. Truppel TC, Meier JM, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. bras. enferm. 2009; 62(2):221-7.
20. Albini RMN, Soares VMN, Wolf AE, Gonçalves CGO. Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. Rev. CEFAC 2013; 15(6):1512-24.
21. Borges MCLA, Silva LMS, Guedes MVC, Caetano JA. Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2012; 16(4):754-60.
22. Ramos CCS, Sasso GTMD, Nascimento ER, Barbosa SFF, Martins JJ et al. Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(3):512-8.
23. Rodrigues YCSJ, Studart RMB, Andrade FRC, Citó MCO, Melo EM, Barbosa IV. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2012; 16(4):789-95.
24. Gonçalves LA, Andolhe R, Oliveira EM, Faro ACM, Gallotti RMO et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(esp):71-7.
25. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. Esc. Enferm. USP. 2006; 40(2):247-52.
26. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. Rev. latinoam. enferm. 2001; 9(5):91-6.
27. Ventura CMU, Alves JGB, Meneses JA. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. bras. enferm. 2012; 65(1):49-55.
28. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev. latinoam. enferm. 2000; 8(6):68-75.
29. Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. Texto & contexto enferm. 2006; 15(esp):105-13.
30. Oliveira EM, Spiri WC. Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. Acta Paul. Enferm. 2011; 24(4):550-5.
31. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2011; 15(3):622-8.
32. Oliveira DC, Vidal CRPM, Silveira LC, Silva LMS. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. Rev. enferm. UERJ. 2009; 17(4):521-6.
33. Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. Rev. bras. enferm. 2011; 64(2):381-4.