Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.33634

# NARRATIVAS DE PACIENTES SOBRE A AMBIÊNCIA E AS RELAÇÕES DE CUIDADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## NARRATIVES OF PATIENTS ON THE ENVIRONMENT AND CARE RELATIONSHIPS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

## NARRATIVAS DE PACIENTES SOBRE EL AMBIENTE Y LAS RELACIONES DE CUIDADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Geovanna Ávila de Paula**[1]
**Adays Sâmela Fim Santos**[2]
**Nádia Maria Silva Montelo**[3]

RESUMO: A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) expõe o paciente a momentos de vulnerabilidade causados por estressores ambientais e pela perda de autonomia, diante desse cenário, as interações com a equipe de saúde emergem como elemento mediador da vivência hospitalar. Este estudo buscou compreender como pacientes egressos de uma UTI narram e significam a ambiência tecnológica e as relações com a equipe multiprofissional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória e transversal, realizada no Hospital Regional de Cacoal (Rondônia) com 17 pacientes adultos da UTI, a coleta ocorreu em junho e julho de 2026, com dados submetidos à análise temática. Os resultados revelaram dualidade na ambiência: ruídos contínuos, iluminação ininterrupta e perda da privacidade provocaram desconforto psíquico, enquanto o aparato tecnológico representou segurança e esperança, a relação com a equipe destacou-se pelo suporte emocional e acolhimento, embora relatos pontuais tenham evidenciado falhas interpessoais e despersonalização. Conclui-se que a vivência na UTI é moldada pelas relações de cuidado e pela percepção da ambiência, reforçando a relevância da humanização, do respeito à autonomia e do aprimoramento da assistência intensiva.



**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Narrativa. Paciente. Equipe Multiprofissional. Percepção.

ABSTRACT: Hospitalization in an Intensive Care Unit (ICU) exposes patients to vulnerable situations arising from environmental stressors and the loss of autonomy. In this context, interactions with the healthcare team emerge as a mediating element in the hospital experience. This study aimed to understand how patients discharged from an ICU narrate and interpret the technological environment and their relationships with the multidisciplinary team. This is a qualitative, descriptive-exploratory, and cross-sectional study conducted at the Regional Hospital of Cacoal (Rondônia, Brazil), involving 17 adult ICU patients. Data were collected in June and July 2026 and subjected to thematic analysis. The results revealed a dual perception of the ICU environment: continuous noise, uninterrupted lighting, and loss of privacy caused psychological distress, while technological equipment represented safety and hope. Relationships with the healthcare team were characterized by emotional support and welcoming attitudes, although occasional accounts revealed interpersonal shortcomings and depersonalization. It is concluded that the ICU experience is shaped by care relationships and

[1] Psicóloga, pós-graduada em Neuropsicologia e residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção em Terapia Intensiva. Hospital Regional de Cacoal, Rondônia.
[2] Psicóloga, pós-graduada em Neuropsicologia e residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção em Terapia Intensiva. Hospital Regional de Cacoal, Rondônia.
[3] Psicóloga, Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Orientadora. Hospital Regional de Cacoal, Rondônia.

perceptions of the environment, highlighting the importance of humanization, respect for patient autonomy, and the improvement of intensive care.

**Keywords:** Intensive Care Units. Narration. Patient. Patient Care Team. Perception.

RESUMEN: La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) expone al paciente a situaciones de vulnerabilidad derivadas de los factores estresantes del entorno y de la pérdida de autonomía. En este contexto, las interacciones con el equipo de salud surgen como un elemento mediador de la experiencia hospitalaria. Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo los pacientes dados de alta de una UCI narran y significan el entorno tecnológico y las relaciones con el equipo multidisciplinario. Se trata de una investigación cualitativa, descriptivo-exploratoria y transversal, realizada en el Hospital Regional de Cacoal (Rondônia, Brasil), con 17 pacientes adultos de la UCI. La recolección de datos se llevó a cabo en junio y julio de 2026, y los datos fueron sometidos a un análisis temático. Los resultados revelaron una dualidad en la percepción del entorno: los ruidos continuos, la iluminación ininterrumpida y la pérdida de privacidad provocaron malestar psicológico, mientras que los equipos tecnológicos representaron seguridad y esperanza. La relación con el equipo de salud se destacó por el apoyo emocional y la acogida, aunque algunos relatos puntuales evidenciaron deficiencias interpersonales y despersonalización. Se concluye que la experiencia en la UCI está determinada por las relaciones de cuidado y la percepción del entorno, lo que refuerza la importancia de la humanización, el respeto a la autonomía del paciente y la mejora de la atención intensiva.

**Palabras clave:** Unidades de Cuidados Intensivos. Narración. Paciente. Grupo de Atención al Paciente. Percepción.

## 1 INTRODUÇÃO



As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) constituem espaços destinados à assistência especializada a pacientes em condições clínicas graves, demandando monitoramento contínuo e recursos tecnológicos avançados (Sandri et al., 2024). Embora o aparato tecnológico seja essencial para a manutenção da vida, a internação no ambiente intensivo impõe limitações à autonomia e afastamento social, provocando entre outros sentimentos, o sofrimento emocional (Lima et al., 2025). Conforme aponta Simonetti (2004), "tudo é intenso na UTI: o tratamento, os riscos, as emoções, o trabalho, os custos e a esperança". Nesse cenário, o ambiente físico compreendido pela Política Nacional de Humanização como ambiência abrange ruídos de equipamentos, iluminação artificial contínua e escassez de privacidade que podem alterar o sono, a orientação e a estabilidade psíquica do indivíduo (Brasil, 2004). O ambiente que sustenta a vida converte-se, assim, em um gerador de estresse e estranhamento (Gomes; Carvalho, 2018).

Diante da hostilidade sensorial da ambiência, a relação do paciente com a equipe multiprofissional ocupa lugar central na mediação da experiência de hospitalização. Em meio a rotinas rígidas, a disponibilidade e a postura empática dos profissionais emergem como fontes de segurança e redução do medo (Maciel et al., 2020; Soares et al., 2020). Contudo, essa relação expressa uma marcante dualidade: a pressa nos cuidados, a escassez de explicações e a atenção

excessiva voltada aos monitores em detrimento do sujeito podem intensificar sentimentos de despersonalização e percepção de gravidade (Sousa; Souza Filho, 2008; Nogueira et al., 2017). Sob a perspectiva de Ayres (2004), o cuidado autêntico exige a construção de vínculos terapêuticos sensíveis que coloquem o sujeito e não apenas o seu corpo biológico ou os aparelhos no centro da atenção à saúde.

Para identificar as nuances dessa experiência sem reduzi-las a indicadores quantitativos, a abordagem narrativa, aqui apresentada, firma-se como um recurso metodológico e epistemológico privilegiado. Segundo Riessman (2008), as narrativas permitem acessar o modo como os indivíduos organizam memórias, emoções e interpretações acerca de eventos críticos vividos. Conforme enfatiza Bruner (1990), o ato de narrar cumpre uma função cognitiva e emocional estruturante, auxiliando o sujeito a realizar a reorganização simbólica da vivência e a reconstituir sua identidade após o impacto do trauma hospitalar.

Apesar do avanço nas discussões sobre humanização em terapia intensiva, observa-se uma lacuna na literatura no que refere-se à investigação narrativa conduzida no ambiente de enfermaria imediatamente após a alta da UTI. Compreender como a ambiência e as interações com a equipe são elaboradas após a saída do setor crítico é fundamental para aprimorar as práticas assistenciais. Diante disso, este estudo busca responder à seguinte problemática: Como pacientes egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva narram e significam a ambiência tecnológica e as relações estabelecidas com a equipe multiprofissional durante o período de internação?.



## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, caráter descritivo-exploratório e delineamento transversal, fundamentada nas narrativas de pacientes que vivenciaram o processo de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Como em estudos qualitativos a definição da amostra não obedece a cálculos estatísticos e se orienta pela possibilidade de compreender o fenômeno em profundidade (MINAYO, 2017), a representatividade estatística não foi objetivo do estudo. Essa abordagem possibilitou compreender, a partir da perspectiva dos próprios participantes, as experiências relacionadas à ambiência da UTI, aos sentimentos despertados durante a hospitalização e às relações estabelecidas com a equipe multiprofissional de saúde.

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional de Cacoal, responsável pela segunda macrorregião do estado de Rondônia, que atende pacientes de média e alta complexidade. Durante a pesquisa havia um total de duas UTIs Adultos em pleno funcionamento, totalizando 18 leitos distribuídos entre as unidades. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2026, após a transferência dos participantes para as enfermarias dispostas no hospital, no momento em que apresentavam melhores condições clínicas para relatar suas experiências vivenciadas durante o período crítico.

A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem não probabilística por conveniência. A amostragem por conveniência é uma modalidade não probabilística, frequentemente empregada em pesquisas clínicas e qualitativas, na qual são selecionados os casos ou participantes disponíveis no local e no momento da coleta (STRATTON, 2021). Foram incluídos pacientes adultos que haviam permanecido internados na UTI por período mínimo de 48 horas, que receberam alta da unidade de terapia intensiva para a enfermaria, apresentando condições físicas, cognitivas e comunicacionais preservadas para participação na entrevista e que aceitaram participar voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos pacientes que apresentavam sedação prolongada, alterações cognitivas graves, comprometimentos importantes da comunicação, limitações que impossibilitaram a realização da entrevista ou aqueles que não demonstraram interesse em participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, conduzidas em ambientes que proporcionaram a privacidade, conforto e segurança aos participantes, incluindo espaços como um jardim terapêutico que a unidade dispõe e a própria enfermaria hospitalar. As entrevistas buscaram estimular os relatos espontâneos dos pacientes acerca de suas percepções, sentimentos, dificuldades e experiências durante a permanência na UTI.



Após a coleta, os relatos foram transcritos e organizados e submetidos à análise temática, permitindo a identificação de padrões de significado presentes nas narrativas. O processo analítico possibilitou a construção de categorias relacionadas à experiência do paciente no ambiente intensivo, incluindo aspectos da ambiência da UTI e as relações de cuidados estabelecidas com a equipe multiprofissional.

A pesquisa iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio Unijipa com parecer número 8.409.918, CAAE 97174626.9.0000.9147 e autorização da direção do

hospital. O estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo aos participantes o direito à participação voluntária, confidencialidade das informações, preservação da identidade e possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Categorização da amostra

A amostra do estudo foi constituída por 17 pacientes que vivenciaram a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. A idade dos participantes variou entre 40 e 80 anos, com média de 58,5 ± 12,5 anos, sendo 11 (64,7%) do sexo masculino e seis (35,3%) do sexo feminino. Quanto às características sociodemográficas, observou-se predominância de participantes com Ensino Fundamental incompleto e de agricultores como ocupação profissional. O tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva variou entre dois e oito dias, com média de 4,4 ± 1,9 dias. A caracterização sociodemográfica e clínica geral dos participantes é apresentada na Tabela 1, enquanto a Tabela 2 apresenta a caracterização individual da amostra.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

| Variável | Categoria | *n* | % |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | Masculino | 11 | 64,7 |
| | Feminino | 6 | 35,3 |
| **Escolaridade** | Ensino Fundamental incompleto | 10 | 58,8 |
| | Analfabeto | 3 | 17,6 |
| | Ensino Fundamental completo | 1 | 5,9 |
| | Ensino Médio incompleto | 1 | 5,9 |
| | Ensino Médio completo | 1 | 5,9 |
| | Ensino Superior completo | 1 | 5,9 |
| **Ocupação** | Agricultor | 7 | 41,2 |
| | Diarista | 2 | 11,8 |
| | Autônomo | 2 | 11,8 |
| | Serviços gerais | 2 | 11,8 |
| | Do lar | 2 | 11,8 |
| | Orientadora educacional | 1 | 5,9 |
| | Técnico de telecomunicação | 1 | 5,9 |
| **Idade** | Média ± DP | 58,5 ± 12,5 anos | — |
| | Mínimo–máximo | 40–80 anos | — |
| **Tempo de internação** | Média ± DP | 4,4 ± 1,9 dias | — |
| | Mínimo–máximo | 2–8 dias | — |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2026).

**Nota:** DP = desvio-padrão; n = número de participantes.

Tabela 2 – Caracterização individual dos participantes

| Participante | Sexo | Idade | Escolaridade | Ocupação | Tempo de internação |
|---|---|---|---|---|---|
| P1 | F | 50 | Ensino Fundamental completo | Diarista | 4 dias |
| P2 | M | 59 | Ensino Fundamental incompleto | Agricultor | 3 dias |
| P3 | M | 71 | Ensino Fundamental incompleto | Agricultor | 6 dias |
| P4 | M | 50 | Ensino Médio completo | Técnico de telecomunicação | 2 dias |
| P5 | M | 64 | Analfabeto | Agricultor | 6 dias |
| P6 | F | 40 | Ensino Fundamental incompleto | Do lar | 7 dias |
| P7 | M | 51 | Ensino Fundamental incompleto | Serviços gerais | 4 dias |
| P8 | F | 69 | Ensino Fundamental incompleto | Autônoma | 2 dias |
| P9 | M | 54 | Ensino Fundamental incompleto | Agricultor | 2 dias |
| P10 | F | 44 | Ensino Superior completo | Orientadora educacional | 8 dias |
| P11 | M | 76 | Ensino Fundamental incompleto | Agricultor | 3 dias |
| P12 | M | 45 | Ensino Fundamental incompleto | Autônomo | 5 dias |
| P13 | F | 41 | Ensino Fundamental incompleto | Diarista | 4 dias |
| P14 | F | 67 | Ensino Médio incompleto | Do lar | 4 dias |
| P15 | M | 71 | Analfabeto | Serviços gerais | 8 dias |
| P16 | M | 62 | Ensino Fundamental incompleto | Agricultor | 3 dias |
| P17 | M | 80 | Analfabeto | Agricultor | 3 dias |

**Fonte:** Elaborada pelas autoras (2026).

Após a caracterização sociodemográfica foram construídas duas categorias, sendo elas: A ambiência da UTI: entre desconforto e proteção; A relação com a equipe multiprofissional na experiência da internação.



## 3.2 A ambiência da UTI: entre desconforto e proteção

A análise das narrativas mostrou que a vivência dos pacientes na UTI foi atravessada pelas características do ambiente intensivo. A ambiência foi percebida por meio de equipamentos, monitores, ruídos, iluminação, exposição corporal e dependência para o cuidado, elementos que adquiriram significados distintos entre os participantes.

Quadro 1 – Narrativas dos participantes sobre ruídos, iluminação e demais fatores ambientais da UTI

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| P2 | "A iluminação muita das vezes ela prejudica a gente né, mas quando ela tá ligada né, mas não foi causo sabe, as acompanhantes lá tudo desligava no tempo certo, então não prejudicava, aquele barulhinho lá, ele incomoda um pouquinho, a única coisa que incomodou foi o barulhinho, mas tem que conviver com ele" |
| P3 | "Pra mim era tudo normal, só aquele barulho ali que era nojento pra caramba... aquele aparelho lá é muito agoniante, toca no ouvido da gente, se escapar do dedo começa aquela agonia" [...] "Houve um momento que eu achava que tinha uma pessoa conversando comigo e nós estávamos conversando, mas na verdade não tinha ninguém conversando, eu estava conversando sozinho e você sabe.. escapa alguma coisa que não pode, isso é muito ruim, fica desorientado, é muito ruim esse negócio" |
| P4 | "Olha sobre a iluminação achei muito boa, o local também bem limpo e bem preservado, o pessoal sempre tava ali limpando, ajeitando, toda vez cuidando... a questão do barulho é porque fica ligado todo tempo né, incomodava bastante, os aparelhos e os fios também incomodava um pouco" |
| P6 | "Não, sobre isso eu sou bem tranquila sabe, sobre isso eu tinha noção de onde eu estava né, eu sabia que aquele barulho todo era porque eu estava sendo assistida ali, então eu tinha bem noção de tudo ali, então isso não me assustava em questão nenhuma..." |

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| P9 | "É que nem eu disse né, o barulho e os aparelhos me incomodaram bastante, agora a iluminação foi até razoável" |
| P10 | "O barulho é muito difícil, até você se acostumar com aquele barulho, é tecnologia né, como é que eu vou desligar o monitor se eu preciso dele né, mas assim difícil o barulho, a iluminação também foi difícil, porque assim a gente não é acostumado dormir com luz acessa praticamente, movimento, principalmente das pessoas lá dentro[...]" |
| P11 | "O barulho me incomodava bastante, ver muitas pessoas doentes, ver aquilo a minha volta, e eu no caso também, mas também muito aparelho, um apita daqui outro apita de lá e a gente não entende muito o que é" |
| P13 | "Nossa, aquilo era muito difícil para cabeça, tinha dia que eu ficava quase doida, muito barulho, eu não conseguia dormir, foi muito ruim" |
| P15 | "Aquilo ali me dava uma fadiga, aquele barulho me incomodava bastante" |
| P17 | "Não é que a gente está reclamando, mas em casa nós ficamos no silêncio né, agora lá é aquele barulho né, eu sentia bastante ansiedade" |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2026)

Os relatos acima evidenciam que, os fatores ambientais da UTI, influenciam diretamente na experiência da internação e entram como agentes diretos de desconforto físico e desestabilização psíquica desses pacientes. Ao avaliar a ambiência intensiva por meio de um sistema de monitoramento contínuo baseado em Internet das Coisas (IoT), Melo (2022) adotou como referência as diretrizes da NBR 10152, as quais estabelecem que os níveis de pressão sonora em áreas exclusivas para tratamento devem se manter entre 35 dB e 45 dB, estipulando o limite de 50 dB para áreas de circulação. Por outro, o ruído e barulho dos equipamentos, a iluminação constante, a temperatura baixa e a sensação de estar preso a eletrodos e dispositivos prejudicam o sono e o repouso e contribuem para o estresse (SOARES et al., 2020).



Tais perturbações, quando expostas de maneira contínua, podem comprometer o restabelecimento biológico, contribuindo para o aumento do tempo de internação hospitalar e potencializando o surgimento de delirium, uma condição grave de confusão mental que interfere no prognóstico e compromete a segurança do paciente crítico (Melo, 2022; Souza e Mesquita, 2026). Em estudo transversal realizado por Pinheiro et al. (2022), com 316 pacientes internados em uma UTI no Nordeste do Brasil, identificou-se uma taxa de prevalência de delirium de 45,9%. Esse número destaca a elevada ocorrência da condição, superando a taxa de 32,3% relatada em estudos multicêntricos internacionais prévios na América do Sul, América do Norte e Europa.

Quando questionados acerca da presença dos aparatos tecnológicos, os participantes evidenciaram a partir das narrativas que não foi percebido de maneira homogênea. Enquanto alguns participantes relataram desconforto e medo diante dos aparelhos e monitores, outros

afirmaram não experimentar sensações específicas e alguns atribuíram à tecnologia significados relacionados à proteção e à segurança.

Quadro 2 – Narrativas dos participantes sobre a presença dos aparatos tecnológicos

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| P3 | "Me trazia uma esperança de Deus que você não sabe o tamanho, é aquilo que nós precisamos no Brasil, no mundo né, o que nós precisa é aquilo ali, primeiramente Deus e depois aquilo ali... porque nós perdemos muitos brasileiros, ajuda a salvar sabe, nem todos, mas ajuda" |
| P4 | "Então eu acho que segurança né, porque cada equipamento daquele controlava alguma função do meu corpo e até se eu tirasse alguma coisa do dedo, a menina falava "olha você pode até tirar, mas se tirar tem que colocar de novo" então assim, é a segurança né, segurança total" |
| P7 | "Me trazia uma sensação boa, uma sensação de esperança" |
| P10 | "Medo, medo de não achar o que não queria,mas a tecnologia é importante né, foi assim que minhas plaquetas aumentaram, foi um misto de sentimentos " |
| P11 | "Sentia aliviado, porque parecia que aquilo que estava me defendendo ali, se acontecesse qualquer coisa aquilo iria mostrar, estava me protegendo" |

**Fonte:** Elaborada pelas autoras (2026)

Esses achados refletem que a tecnologia, embora constitua elemento marcante da ambiência intensiva, não possui um significado único para os pacientes. A partir das narrativas, pode-se compreender que a presença tecnológica pode representar tanto a gravidade do adoecimento quanto a disponibilidade de recursos capazes de monitorar e sustentar o cuidado. A tecnologia dura é parte imprescindível do cuidado intensivo, ventiladores mecânicos e monitores multiparamétricos viabilizam a monitorização contínua de sinais vitais e a substituição de funções orgânicas (SILVA et al., 2022). Autores, como Soares et al. (2020) já referiram, em seus estudos, como o uso dos equipamentos e das ferramentas para a execução do cuidado intensivo colabora para uma nova percepção dos pacientes sobre a UTI , gerando segurança durante o tempo de internação.



Outro aspecto também presente nas experiências narradas pelos participantes foram questões referentes à privacidade e às limitações vivenciadas durante a permanência na UTI. A necessidade de cuidados constantes, auxílio para a realização de cuidados básicos, a exposição corporal e as restrições próprias da dinâmica da unidade foram percebidas como uma ruptura de sua autonomia e com a intimidade habitualmente preservadas na vida cotidiana.

Quadro 3 – Narrativas dos participantes sobre privacidade e limitações durante a internação

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| P1 | "Assim tomar banho no leito né, é meio constrangedor né, mas ali nós entende que é tudo profissional, então aí esse negócio vai melhorando" |
| P8 | "Ah isso é mais difícil né, foi mais difícil pra mim, mas ele me ajudaram da maneira que tinha que atender [...] a minha dificuldade foi que eu achava que tinha banheiro lá pra mim ir, pra me levarem no banheiro, |

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| | ai eu fui perguntar pra moça e ela disse aqui não tem banheiro, tem que ser no leito mesmo, e ela disse pra eu não me sentir mal e sim me sentir bem, como se eu tivesse na minha casa [...]" |
| P9 | "Ah, a gente se sente inseguro né, tipo assim, uma parte a gente se sente muito dependente lá dentro, e a gente não pode fazer nada né" |
| P10 | "Olha, no primeiro momento, foi tirar a roupa, porque isso é uma coisa íntima da gente, pra eles é uma coisa natural, mas para nós pacientes no primeiro momento não é, então eu tive que trabalhar isso na minha cabeça, eu tenho que ficar assim se eu não eu vou acabar morrendo, se você não abre leques para ser ajudado, você não vai ser ajudado, então eu queria ter minha independência e eu conquistei ela, eu pude ir ao banheiro, o que não queria era fazer nada na fralda, não sou melhor que ninguém mas é uma coisa minha, eu até comentei com as enfermeiras que eu não me importava em dormir em qualquer lugar, não me importava com calor, mas o banheiro é primordial, acho que a principal dificuldade que eu tive foi o banheiro, acabei indo e a equipe me ajudou, tomei banho e tudo mais" |
| P11 | "Ah, eu achei isso muito difícil, a gente querer fazer uma coisa e não poder, precisar obedecer, tem que ser assim, na hora do banho também né, a gente não é acostumado com isso" |
| P16 | "O que mais me marcou ali foi ficar sem roupa lá, é uma coisa que eu nunca passei na minha vida né [...]" |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2026)

Conforme apontam Souza e Mesquita (2026), a vivência da internação intensiva é caracterizada por ruptura brusca na rotina e na autonomia do indivíduo, expondo-o a um ambiente desconhecido e potencialmente gerador de sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, os autores Damion e Moreira (2018) argumentam que, a perda do controle sobre o próprio corpo é um dos aspectos mais dolorosos da hospitalização, visto que as decisões sobre o tratamento, horários e higiene passam a ser rigorosamente ditadas pela rotina institucional e pela equipe de saúde.



Além disso, a perda da privacidade manifesta-se de forma marcante na realização do banho no leito e no uso de "comadres" e "papagaios". Como apresentam Botelho e Matos (2022) e Maciel et al. (2020), o constante manuseio do corpo por diferentes profissionais e a exposição involuntária provocam vergonha, constrangimento e sensação de invasão da intimidade. No contexto da assistência à saúde e dos cuidados críticos, o respeito à autonomia atua como elemento central para a garantia da dignidade humana e da humanização do atendimento (SOUSA., 2025).

Sob a perspectiva Bonamigo (2023), a autonomia do paciente constitui um pilar fundamental da bioética, sendo um de seus princípios fundamentais e que expressa a garantia ao indivíduo para deliberar sobre sua própria vida e saúde, tomando decisões alinhadas aos seus valores e bem-estar. A partir disso, reconhece-se que os profissionais de saúde devem orientar e esclarecer o paciente, sem contudo substituir os valores e preferências do sujeito pelas suas próprias convicções.

Essa diretriz ética é explicitamente respaldada pela Lei nº 15.378/2026, que assegura ao paciente o direito de participar ativamente da elaboração do seu plano terapêutico, de receber

informações claras e detalhadas sobre seu diagnóstico e prognóstico e de aceitar ou recusar procedimentos sem sofrer sanções ou coerção. Dessa forma, o Estatuto dos Direitos do Paciente reforça a prática bioética nos serviços de saúde, consolidando a autonomia não apenas como um dever ético da equipe multiprofissional, mas como uma garantia legal irrevogável do paciente (Brasil, 2026).

Em síntese, os relatos dos pacientes entrevistados expõem que a ambiência intensiva possui uma atmosfera dominada por estressores sensoriais, como os barulhos e ruídos contínuos, iluminação artificial, limitações e restrição da privacidade e estranhamento perante o aparato tecnológico, em contraste a Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe uma mudança ao conceber a ambiência como um espaço social e relacional pautado na confortabilidade e no acolhimento (Brasil, 2017).

Sob essa perspectiva, a Diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH (2017) preconiza a qualificação do ambiente hospitalar, exigindo intervenções concretas na infraestrutura: a redução do ruído sonoro para favorecer o descanso, a garantia da iluminação natural para preservar noção temporo-espacial e o ritmo circadiano, e o arranjo espacial que proteja a intimidade e a dignidade do sujeito acamado. Desse modo, superar esses estressores inseridos na UTI requer converter esse espaço em uma ambiência viva e humanizada, na qual a confortabilidade física e o respeito à subjetividade do paciente crítico sejam os eixos centrais do cuidado.



### 3.3 A relação com a equipe multiprofissional na experiência da internação

A relação estabelecida com a equipe multiprofissional constituiu outro aspecto recorrente nas narrativas, sendo possível compreender que a vivência da internação em Unidade de Terapia Intensiva é profundamente moldada pelas interações humanas estabelecidas no leito. Ademais, a análise de estudos de Saraiva et al. (2025) revelou que a humanização, quando inserida na UTI, afetam positivamente na recuperação clínica e emocional dos pacientes. Aspectos como uma comunicação efetiva, acolhimento, empatia profissional e respeito à individualidade mostrou-se como fundamentais para reduzir o sofrimento e promover conforto.

A maioria dos participantes descreveu a equipe de forma positiva, destacando atitudes de cuidado, atenção e apoio. Esses comportamentos foram associados à sensação de segurança e à percepção de que estavam sendo cuidados durante um período de intensa vulnerabilidade.

Quadro 4 – Narrativas dos participantes sobre a relação positiva com a equipe multiprofissional

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| P1 | "Assim, o que mais me ajudava lá era ver a motivação das equipes né, eles eram assim, uma equipe, um setor que sempre trazia coisas boas, cuidando da gente, eu nunca vi ninguém estressado né, sempre ali bem" |
| P2 | "O que mais marcou, acho que o atendimento, bom no caso, muita gente boa, fui bem tratado, bem zelado, pra mim né, eu não tenho nada que reclamar não... eles são muito carinhosos né, é diferente de outro lugar que muitas das vezes a gente recebe, quando a gente é tratado com amor, com carinho, só fala com educação, com carinho mesmo com a gente." |
| P4 | "O tratamento sempre foi positivo, o que era pra fazer, não teve brincadeira, não teve nada, eu me senti bem acolhido [...] até pra sair de lá, o pessoal deu tchau pra mim, aí eu olhei pra eles e dei tchau também, agradeci por todo cuidado, uma equipe muito boa, isso aqui eu não posso reclamar não" |
| P5 | "Foi né, as ideias que eles vão dando pra gente, vão passando lá e animando gente, a se gente se sente bem também quando a gente se via que estavam tratando bem, conversava, sondava as pessoas" |
| P7 | "Olha pra mim foi bom, o que mais marcou foi o atendimento da UTI, ali eles prezam por salvar a vida de alguém, então isso é o que mais marca né, o quanto eles se dedicam para salvar a vida de alguém, foi o acolhimento e o atendimento [...] Todas ali, todos falam com carinho, todos quando chegam perto de você te trazem esperança, eles não demonstram tristeza sabe, eles demonstram que você vai vencer, que você vai superar, então isso foi importante" |
| P9 | "As palavras de incentivo foram muito importantes, a maioria e quase todos me traziam palavras de incentivo, aqueles que sempre conversavam comigo né, foi muito bom, não tenho nada para reclamar." |
| P10 | "Me trataram muito bem, sem sombra de dúvidas, desde os médicos até as meninas, me trataram muito bem, e elas tentavam erguer a gente, tipo vamos, você vai sair daqui hoje, pode ficar tranquila, houve interesse da parte deles em me ajudar, então da equipe eu não tenho o que reclamar, desde a limpeza até o escalão maior, foram maravilhosos" |
| P12 | "O que eu vi ali foi uma equipe que sabe monitorar, sabe se organizar, e a inteligência, sabem conversar com as pessoas sem incomodar, eu me senti bem cuidado" |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2026)



As narrativas acima retratam a assistência de maneira positiva, revelando que a empatia, o cuidado e a disponibilidade da equipe funcionam como um importante suporte emocional durante a hospitalização. De acordo com Gomes e Carvalho (2018) e Botelho e Matos (2022), uma recepção afetuosa e atenciosa por parte dos profissionais reduz significativamente os níveis de ansiedade e solidão, transmitindo sentimentos de gratidão, confiança e proteção ao paciente crítico.

Nesse cenário de fragilidade, estabelece-se um forte vínculo afetivo entre o paciente e os cuidadores. Nos estudos de Proença e Dell'Agnolo (2011) e Gomes e Carvalho (2018), a presença constante da equipe à beira do leito e a dedicação demonstrada fazem com que os profissionais passem a ser significados pelos entrevistados como uma verdadeira "extensão da família" do lado de dentro do setor. Como ressaltam Maciel et al. (2020) e Botelho e Matos (2022), atitudes simples como conversar, demonstrar interesse pela dor do outro e oferecer apoio contínuo humanizam a assistência e fortalecem a confiança do sujeito na sua própria recuperação.

Apesar de em sua maioria as relações com as equipes terem sido narradas como positivas, considerando a experiência individual, dois participantes relataram situações percebidas como

inadequadas, envolvendo conflitos entre profissionais e comentários considerados constrangedores durante o banho.

Quadro 5 – Narrativas dos participantes sobre relações desfavoráveis com a equipe multiprofissional

| Participante | Narrativa |
|---|---|
| P13 | "Difícil também, na hora do banho me sentia muito vergonhosa, teve alguns que durante o banho ficavam tirando sarro, foi bem desafiador essa parte pra mim... Eu gostei de um profissional que sempre conversava comigo e me ajudava, mas eu diria que o atendimento foi mais ou menos, alguns tratavam bem e outros tratavam mal, isso também foi difícil" |
| P14 | "Eu só não me identifiquei muito bem com uma pessoa só, houve discussão entre os profissionais e eu achei uma coisa muito chata aquilo, às vezes passava um profissional e eu pedia por água, ou eu queria fazer xixi, ai me dizia que não podia naquela hora e depois voltava, e aí não voltava mais sabe, isso aí foi muito doído, eu me sentia acolhida em partes, mas teve momentos que deixaram a desejar" |

**Fonte:** Elaborado pelas autoras (2026)

Em contrapartida ao cuidado humanizado, as narrativas desfavoráveis trazem à tona os limites de uma assistência pautada prioritariamente na dimensão biológica e na rotina automatizada. Conforme apontam Backes et al. (2012) e Damion e Moreira (2018), o modelo assistencial tradicional da UTI ainda é marcado pelo tecnicismo e pelo paternalismo, no qual o paciente é frequentemente reduzido a um objeto passivo de cuidados, destituído de voz e de autonomia nas decisões do seu tratamento.

Os relatos de manuseio doloroso no banho ou de conversas inadequadas da equipe à beira do leito expõem os efeitos da despersonalização. Como demonstra Maciel et al. (2020), as atitudes de desatenção ou a falta de escuta ativa fazem com que o internado se sinta oprimido e invisível, restando-lhe apenas a aceitação passiva para não gerar conflitos.



Em conjunto, os relatos evidenciam que a experiência da UTI é construída na interação entre ambiente, intercalando aspectos da tecnologia, limitações e privacidades e as relações de cuidado. Embora os elementos que compõem a ambiência possam produzir desconforto, estranhamento e sensação de vulnerabilidade, a tecnologia também pode assumir significados relacionados à segurança e à esperança.

Nesse contexto, a relação estabelecida com a equipe mostrou-se especialmente relevante, uma vez que atitudes de cuidado, atenção e acolhimento foram predominantemente percebidas como fontes de segurança, enquanto experiências pontuais de interação inadequada produziram desconforto e constrangimento. Assim, os achados apontam para a importância de compreender a humanização da UTI não apenas pela organização do espaço ou pela disponibilidade de recursos tecnológicos, mas também pela qualidade das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes.

## 4 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam que a vivência da hospitalização em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é atravessada pelas singularidades desse ambiente, que, embora frequentemente percebido como hostil, também comporta experiências positivas. As categorias construídas a partir das narrativas revelam que as percepções não foram homogêneas, o que reafirma a potência das pesquisas qualitativas com enfoque narrativo para acessar o modo singular como cada sujeito significa essa experiência.

No que se refere à ambiência, os ruídos e barulhos foram referidos de forma predominante como fonte de desconforto. Esse achado dialoga com a literatura, que aponta seus prejuízos para o paciente, e leva a refletir sobre como as normas de controle sonoro, gerais e locais, vêm sendo verificadas na prática. O desafio, portanto, é pensar de forma sistematizada intervenções que favoreçam um ambiente mais acolhedor. Por outro lado, o aparato tecnológico foi percebido como parte segura do cuidado, o que sugere que o sentido atribuído à tecnologia intensiva depende também da forma como ela é apresentada e mediada na relação com o paciente.

A equipe multiprofissional emergiu como elo central na vivência da internação e na adaptação ao ambiente intensivo, o que reforça o lugar das relações de cuidado e das práticas de humanização na experiência do paciente. As vivências negativas, embora minoritárias, não podem ser silenciadas, pois indicam que o cuidado humanizado ainda não é garantido de forma homogênea. Isso ressalta a importância da integração entre os profissionais e da educação permanente em saúde como caminhos para sustentar, no dia a dia, as práticas de humanização preconizadas.Destacam-se, ainda, as limitações e restrições vivenciadas pelos pacientes. Embora a UTI tenha especificidades assistenciais que justificam parte dessas restrições, o respeito à autonomia é um direito assegurado e deve ser preservado. Isso leva a refletir sobre em que medida os pacientes são informados e compreendem as condutas e os limites que lhes são impostos.



O estudo foi realizado em uma única instituição, com um número de 17 participantes, o que pode ser considerado uma limitação e restringe a generalização dos resultados, embora não comprometa o objetivo qualitativo de compreender sentidos e singularidades, assim como seja um importante marcador para a população abrangida. Diante disso, sugere-se que novas pesquisas reconheçam tais lacunas e a partir delas considerem: a verificação do cumprimento das normas de controle de ruído nas UTIs, a compreensão de como o paciente acessa informação

sobre seus direitos e sobre as restrições do cuidado intensivo, e a investigação do sentido de segurança atribuído à tecnologia, ainda pouco explorado quando comparado à ênfase na UTI como ambiente estressor. Por fim, espera-se que este estudo contribua para a reflexão de equipes e gestores e reafirme a escuta do paciente como eixo do cuidado em terapia intensiva.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. Acesso em: 31 de ago. 2026 Disponível em: https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf.

BACKES, Marli Terezinha Stein.; BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 679–685, 2012.

BONAMIGO, Elcio Luiz. **Manual de Bioética: teoria e prática**. 5. ed. rev. Joaçaba: Editora Unoesc, 2023. E-book. Disponível em: https://www.unoesc.edu.br/wp-content/uploads/2023/10/Manual-de-Bioetica-1.pdfAcesso em: 28 out. 2026.

BOTELHO, Jamille Fontes Leite; MATOS, Valéria Christine Albuquerque de Sá. A Perspectiva do Paciente sobre Sua Vivência no Contexto da Terapia Intensiva. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 4, p. 113–125, 2023. DOI: 10.20435/pssa.v14i4.2020. Disponível em: https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/2020. Acesso em: 1 out. 2026.



BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 164, n. 65, p. 1, 7 abr. 2026. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-15.378-de-6-de-abril-de-2026-697689521. Acesso em: 28 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 46 p. Disponível em: https://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf Acesso em: 28 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. ***HumanizaSUS: ambiência.*** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 22 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/ambiencia.pdf. Acesso em: 16 Set. 2026

BRUNER, J. Acts of meaning. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

DAMION, Marina; MOREIRA, Mariana Calesso. Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, pág. 386-396, dezembro de 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

34822018000300010&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 out. 2026. https://doi.org/10.4013/ctc.2018.113.09.

GOMES, Ana Gélica Alves; CARVALHO, Maria Fernanda de Oliveira. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Rev. SBPH** , Rio de Janeiro, v. 2, pág. 167-185, dezembro de 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 set. 2026.

LIMA, Amanda de Oliveira; CUNHA, Valquíria Pereira da; CAMPELO, Sônia Maria de Araújo; CARVALHO , Valéria Sena; MELO , Jessyca Rodrigues; CUNHA, Gabriela de Sousa Dantas. Tecnologia e cuidado psicológico na Unidade de Terapia Intensiva: relato de experiência. **Rev. SBPH**, Belo Horizonte, v. 28, p. e018, 2025. DOI: 10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.685. Disponível em: https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/685. Acesso em: 10 out. 2026.

MACIEL, Danielle Oliveira; FREITAS, Karina de Oliveira; SANTOS, Bruna Roberta Paixão dos; TORRES, Rafael Santana Costa; REIS, Danielle Saraiva Tuma dos; VASCONCELOS, Esleane Vilela. Percepções de pacientes adultos sobre a unidade de terapia intensiva. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 147-152, 2020.

MELO, Arthur Monteiro Alves. **Análise de dados da ambiência em Unidades de Terapia Intensiva**. 2022. 54 f. Dissertação (Mestrado em Informática) – Instituto de Computação, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 10 out. 2026.

NOGUEIRA, Jose Joeudes de Queiroz; FERREIRA, Jocelly de Araújo; ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro de; AGRA, Glenda. Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes. ***Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online***, v. 9, n. 1, p. 51-56, jan./mar. 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.51-56.

PINHEIRO, F. G. DE M. S. et al. Prevalência e fatores de risco associados ao delirium em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE00646, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO006466

PROENÇA, M. DE O.; AGNOLO, C. M. D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 279–286, jun. 2011.

RIESSMAN, C. K. Narrative methods for the human sciences. Thousand Oaks: Sage, 2008

SANDRI, Natália Batista Lima; NOGUEIRA, Graziela Sousa; CASANOVA, Lígia Tristão. Memórias dos pacientes pós-alta de unidade de terapia intensiva (UTI): uma revisão sistemática. **Revista Brasília Médica**, Brasília, v. 62, p. 1-6, 2024. Disponível em: http://rbm.org.br/Content/pdf/v62a336.pdf. DOI: 10.5935/2236-5117.2024v61a336

SARAIVA, P. M. et al. A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 10, p. 3739–3742, 23 out.2025.

SILVA, Frederico Inácio e; RODRIGUES, Paula Cicília Faquim; TEIXEIRA, Ricardo Antonio Gonçalves; OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de. Análise do gerenciamento de tecnologias em equipamentos médico-assistenciais em unidades de terapia intensiva: desafios para o enfrentamento da COVID-19. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 10, n. 2, p. 13–22, 2022. DOI: 10.22239/2317-269x.01960. Disponível em: https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1960. Acesso em: 17 out. 2026.

Simonetti, A. (2004). Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. Casa do Psicólogo.

SOARES, Eriedna Chaves; CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro da; BIONDO, Chrisne Santana. Representação social de pacientes sobre a unidade de terapia intensiva: Social representation of hospitalized patients on the intensive care unit. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 91, n. 29, 2020. DOI: 10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.531. Disponível em: https://www.revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/531. Acesso em: 13 out. 2026.

SOUSA, F. A. de. Bioética na UTI: Desafios e Estratégias para a Garantia de Direitos e Qualidade no Cuidado ao Paciente Crítico. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 30, n. 325, p. 11006–11019, 2025. DOI: 10.36489/nursing.2025v325i30p11006-11019. Disponível em: https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3368. Acesso em: 31 out. 2026.



SOUSA, Leonardo Mello de; SOUZA FILHO, Edson Alves de. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S. l.], v. 25, n. 3, 2008. Disponível em: https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/7008. Acesso em: 20 out. 2026.

SOUZA, Camille Melo de; MESQUITA, Luana Marques. Saúde mental e UTI: Impactos psicológicos da internação prolongada em pacientes de unidades de terapia intensiva. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 9, n. 20, p. e093272, 2026. DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3272. Disponível em: https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/3272. Acesso em: 5 nov. 2026.

STRATTON, S. J. Population research: convenience sampling strategies. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 36, n. 4, p. 373-374, ago. 2021. DOI: 10.1017/S1049023X21000649. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S1049023X21000649. Acesso em: 31 out. 2026.