REFLEXÃO · TERAPIA INTENSIVA

O que realmente acontece na UTI

UTI é espaço de cuidado intensivo, não antessala da morte. Entender como ela funciona ajuda a família a atravessar o momento com menos medo e mais clareza sobre o que está vendo.

Publicado em 30 de agosto de 2026 · Editorial



Monitorização contínua e trabalho em equipe fazem parte da rotina da terapia intensiva. Imagem ilustrativa gerada por inteligência artificial.

Poucas frases mudam o tom de um dia como “seu familiar precisa ir para a UTI”. A reação mais comum é presumir o pior, como se aquela internação já fosse, por si só, sinônimo de gravidade extrema, quase um desfecho anunciado. A reação é compreensível. Nem sempre corresponde ao que está de fato acontecendo.

A Unidade de Terapia Intensiva talvez seja um dos setores mais mal compreendidos do hospital. Quem trabalha ali dentro sabe que, atrás daquelas portas, cabe uma variedade de histórias bem maior do que a primeira notícia costuma sugerir. Este texto é sobre o que costuma ficar de fora dessa primeira impressão, como de onde vêm os pacientes, por que as condutas mudam e o que esperar de uma visita.

O que é uma UTI

A UTI é o setor estruturado para cuidar de pacientes que precisam de monitorização contínua e, quando necessário, de suporte às funções vitais, como respiração, circulação e função dos rins. Isso costuma significar mais equipamentos ao lado da cama (monitores, bombas de infusão, por vezes um respirador), exames de sangue mais frequentes e uma proporção de profissionais por paciente bem maior do que numa enfermaria comum. Enquanto ali um mesmo enfermeiro pode acompanhar vários pacientes ao mesmo tempo, na UTI essa proporção é bem menor, o que permite perceber uma alteração poucos minutos depois que ela acontece.

Terapia intensiva não é sinônimo de gravidade máxima. É sinônimo de intensidade de vigilância. Alguns pacientes estão ali em suporte avançado, dependendo de aparelhos para manter funções vitais. Outros estão em observação próxima porque algum detalhe do caso pede esse nível de atenção, mesmo sem risco iminente de morte. O nome do setor é sempre o mesmo. A situação clínica de quem está internado, não. E, na maioria dos casos, a saída da UTI não é o fim da história, e sim a transferência de volta para a enfermaria, dando seguimento à recuperação.

A ESTRUTURA POR TRÁS DA UTI

- O Brasil tem hoje 47,6 mil leitos de UTI para adultos, entre rede pública e privada. O número representa uma alta de 67% em relação a 2016, quando eram cerca de 28,4 mil.
- O índice nacional chegou a 22,3 leitos para cada 100 mil habitantes, dentro da faixa considerada adequada por organismos internacionais e bem acima da média mundial, de 8,7.

Fonte: Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), dados de 2025.

De onde vêm os pacientes

Um mesmo corredor de UTI reúne trajetórias muito diferentes entre si. Há o paciente internado por protocolo, depois de uma cirurgia de grande porte que rotineiramente exige algumas horas ou dias de vigilância intensiva, independentemente de qualquer intercorrência. Há quem venha direto do pronto-socorro, numa condição aguda e instável. Há quem seja transferido da enfermaria porque o quadro mudou e passou a exigir suporte mais próximo. E há, ainda, quem esteja ali apenas para realizar um procedimento que demanda monitorização durante e logo depois dele, ou quem precise só de observação mais atenta por algumas horas.

Pense numa cirurgia de grande porte com passagem pela UTI já prevista desde antes da operação, ou numa queda que exige algumas horas de observação enquanto se descarta uma lesão mais grave. Um paciente que teve uma arritmia transitória, por exemplo, pode passar algumas horas ali só para confirmar que o coração se estabilizou. Nenhum desses cenários envolve, necessariamente, risco de morte.

As indicações são muitas, e cada uma reflete uma decisão clínica proporcional ao risco daquele momento específico. Mesmo quando a internação é preventiva, ela não é trivial, pois significa que a equipe identificou algo que merece aquele nível de vigilância. Identificar risco, porém, não é o mesmo que confirmar gravidade extrema. Essa diferença costuma se perder logo na primeira notícia de uma internação.

Por que a conduta muda

É comum a família notar que a conduta da equipe mudou de um dia para o outro, às vezes de um plantão para outro, e interpretar isso como sinal de piora escondida ou de insegurança médica. Na maior parte das vezes, é o contrário.

A medicina intensiva se baseia em reavaliação constante. Um exame de sangue novo, um sinal vital diferente, a resposta a um medicamento, tudo isso gera informação nova, e a conduta se ajusta conforme essa informação chega. Isso acontece o tempo todo, como trocar um antibiótico depois do resultado de uma cultura, reduzir a sedação para reavaliar o nível de consciência ou ajustar a dose de uma medicação conforme a resposta da pressão arterial. Cada um é fruto de uma leitura cuidadosa dos dados mais recentes, não de uma mudança de opinião. Mudança de plano, na UTI, costuma ser sinônimo de vigilância ativa. Raramente é sinônimo de indecisão.

A visita: fragilidade, respeito e a rotina de quem cuida

Visitar um familiar internado em estado grave é um dos momentos mais frágeis que uma pessoa pode viver. O ambiente foge do que se está acostumado, entre o som constante dos monitores, os tubos, o silêncio de quem está ao redor. Ver alguém querido cercado de aparelhos, muitas vezes sedado ou incapaz de responder, mexe com qualquer pessoa, mesmo quem já imaginava essa cena antes de entrar. Sentir-se deslocado é natural, e é por isso que o respeito às regras daquele espaço importa tanto.



Informação clara e presença familiar também fazem parte do cuidado. Imagem ilustrativa gerada por inteligência artificial.

NA HORA DA VISITA

- Higienize as mãos ao entrar e ao sair, mesmo que o quarto pareça limpo.
- Respeite o número de visitantes e o horário definidos pela unidade, que existem por motivo clínico.
- Fale baixo e mantenha o celular no silencioso.
- Pergunte à equipe antes de tocar em cateteres, fios ou equipamentos.
- Avise a equipe se estiver resfriado ou com sintomas de infecção antes de entrar.

Essas orientações não existem para dificultar o contato entre família e paciente. Existem porque, num ambiente em que o equilíbrio clínico pode ser sensível, cada detalhe interfere, do som à temperatura, passando pelo número de pessoas no quarto.

Para quem está de fora, o comportamento da equipe pode, às vezes, soar estranho, ou até frio. Para quem trabalha ali dentro, porém, aquele plantão é um dia de trabalho como outro qualquer. Isso não é indiferença. É o que permite manter atenção e serenidade num ambiente em que, a qualquer momento, tudo pode pedir urgência. Cuidado, empatia e senso de urgência continuam presentes; eles apenas convivem, na prática, com a rotina de quem já viveu aquela cena centenas de vezes.

UTI não é sentença de morte. Mas, pela própria natureza do que ali se trata, é onde a gravidade mais se concentra, e é ali que muitas despedidas acontecem. Isso desgasta o paciente, a família e também quem cuida. Se você está lendo este texto porque alguém que você ama está internado em estado grave, fica aqui um desejo sincero de força para essa travessia.

> UTI é vigilância, não veredito.

Referência

1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Pesquisa revela: pacientes do SUS demoram cinco vezes mais para ter acesso a uma UTI do que quem usa planos de saúde. Dados de 2025, divulgados em 2026.

Dr. Caio Túlio Cordeiro Palheta

Médico especialista em Clínica Médica

CRM/SP 220148 · RQE 153629

Publicado em 30 de agosto de 2026

Conteúdo informativo. Não substitui avaliação médica individual.