

# Capítulo 1

## ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE INTENSIVO



# ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE INTENSIVO

## MULTIPROFESSIONAL CARE FOR INTENSIVE PATIENTS

Virginia de Araújo Pôrto<sup>1</sup>

Lilian Nadja Silva Brito<sup>2</sup>

Annelissa Andrade Virginio de Oliveira<sup>3</sup>

Geni Kelly Araújo Silva Melo<sup>4</sup>

Geane Herminio Falcão Torres<sup>5</sup>

Denise Monteiro de Lima<sup>6</sup>

Samara da Silva Santos<sup>7</sup>

**Resumo:** A doença crítica em si é capaz de exacerbar comorbidades e até mesmo de ocasionar eventos e sequelas físicas e emocionais, comprometendo a qualidade de vida, interferindo ou levando a perda de condição de labor, bem como elevando custos e maior utilização dos serviços de saúde. Estas consequências podem persistir por anos. Neste mesmo documento, são pormenorizadas outras questões, como tipos de UTI (Adulto, Coronariana, Queimados, Pediátrica, Neonatal), critérios de habilitação, normas estruturais, necessidade de equipamentos e acesso a serviços dentre outras. Para

---

1 Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde.

2 Cirurgiã-Dentista pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

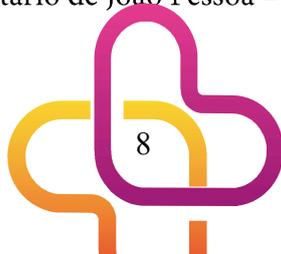
3 Enfermeira. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Saúde. Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/UFPB/ EBSERH.

4 Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) Pós-graduação em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - IEP-HSL no Hospital Sírio Libanês.

5 Bacharel em Enfermagem. Especialista em Segurança do Paciente pela fundação Oswald Cruz.

6 Bacharel em Enfermagem. FPB - Faculdade Internacional da Paraíba.

7 Enfermeira. Centro Universitário de João Pessoa – Unipê.



fins do abordado neste capítulo, talvez o mais importante se refira a instituição do cuidado progressivo ao doente crítico, pois justifica e ampara a necessidade de uma equipe ampla.

**Palavras chaves:** Terapia Intensiva; Multiprofissional; Assistência; Cuidado.

**Abstract:** Critical illness itself is capable of exacerbating comorbidities and even causing physical and emotional events and sequelae, compromising quality of life, interfering with or leading to loss of work conditions, as well as raising costs and greater use of health care services. health. These consequences can persist for years. In this same document, other issues are detailed, such as types of ICU (Adult, Coronary, Burns, Pediatric, Neonatal), qualification criteria, structural standards, need for equipment and access to services, among others. For the purposes of what is discussed in this chapter, perhaps the most important issue is the institution of progressive care for the critically ill, as it justifies and supports the need for a broad team.

**Keywords:** Intensive Care; Multi-professional; Assistance; Careful.

## INTRODUÇÃO

O conceito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Cuidado Crítico (CC) surge conjuntamente com o nascimento da Enfermagem enquanto Profissão, quando Florence na Guerra da Criméia em 1854, tomou medidas que mudaram a visão do cuidado hospitalar. Ao aproximar os pacientes mais graves para um mesmo local, o mais próximo possível da equipe que os assistia, percebeu que os desfechos eram perceptivelmente melhores, considerando que a observação era direta e contínua, sendo possível atuar de forma mais rápida (OUCHI et al., 2018).

Posteriormente, na epidemia da Poliomielite em 1952, com o advento dos pulmões de aço, é



acrescido ao conceito de UTI a questão tecnológica. Desta forma para termos uma UTI a partir deste marco, seria necessário não apenas agrupar pacientes graves em uma ala, mas dispor de tecnologias que pudessem tratar de forma mais efetiva suas patologias. (MARSCHALL et al., 2017).

Em um terceiro momento, com a evolução tecnológica do século XX, foram agregados ao CC diversos equipamentos não apenas de monitorização para apoiar a observação das alterações fisiológicas que os pacientes gravemente enfermos apresentam, mas também para tratar de forma mais direcionada estas mudanças. Partindo deste princípio, bem como para atender a uma demanda alta de procedimentos de manejo diferenciados e contínuos, a UTI passou de uma Equipe composta basicamente por Médicos e Enfermagem, para uma Equipe Multiprofissional cada vez mais diferenciada, considerando que associado a todos os fatores supracitados, o perfil do paciente atendido também vem se tornando cada vez mais complexo.

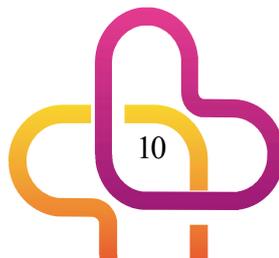
## **REFLEXÃO**

### **1. Paciente Crítico: de quem estamos falando?**

De acordo com a Resolução CFM 2271/2020, Paciente Crítico pode ser definido como:

Define-se como paciente crítico ou gravemente enfermo aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. Esses pacientes podem sofrer deterioração de um ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas (Resolução CFM 2271, p.4).

Além desta definição, os mesmos podem ser categorizados em níveis ou categorias relativas à complexidade e evolução de seu estado de saúde, o que de certa forma é compreendido como sendo



critério de admissão em uma UTI (PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017 + Resolução CFM 2271/2020). Atualmente a visão e valores do paciente tem sido amplamente discutidos além destas indicações, sendo em muitos países, a vontade e desejo do mesmo de em que local, de qual maneira, quais terapêuticas aceita, e até que ponto quer ser efetivamente tratado, serem levados em consideração quando o mesmo se depara frente a um diagnóstico de doença crítica com necessidade de intervenção intensiva.

A recusa parcial ou total as terapêuticas instituídas levam em consideração a capacidade e competência do indivíduo em tomar decisões e se baseiam no princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (PIROTTI; BENSON, 2022).

De uma perspectiva mais ampla, os familiares dos pacientes críticos também estão inclusos como “pacientes”, já que sofrem diretamente as consequências de um internamento de seu ente querido. Não apenas sentimento de perda e luto antecipado estão envolvidos, muitos precisam assumir funções sociais para as quais não estavam preparados, bem como prover financeiramente (mesmo que temporariamente) uma família, sem ter condições para tanto.

A estadia de um membro da família em um ambiente crítico, torna os familiares extremamente vulneráveis. A comunicação é comprometida, tendo sido relatado que os mesmos só compreendem metade das informações repassadas pela equipe de saúde. Estas consequências perduram após a alta, com cerca de 70% sofrendo de sintomas de ansiedade, 35% de depressão, e um terço de sintomas de estresse pós traumático (LATOURET et al., 2022; MARGARET et al., 2023). Alguns fatores de risco associados a ocorrência de efeitos deletérios aos familiares após alta da UTI, podendo-se citar: a idade do paciente, de maneira que familiares de pacientes mais jovens sofrem maior impacto, bem como os que tiveram como desfecho o óbito (NAEF et al., 2021).

## **2. Unidades de Terapia Intensiva: o lado bom e o não tão bom**



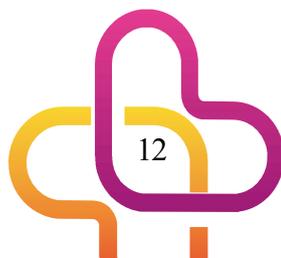
O conceito de UTI não é unânime quando se considera países com avanços tecnológicos, questões legais e culturas tão diferentes. No Brasil temos a PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017, que conceitua tal ambiente da seguinte forma:

Um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, Portaria nº 895, p. 3, 2017).

Neste mesmo documento, são pormenorizadas outras questões, como tipos de UTI (Adulto, Coronariana, Queimados, Pediátrica, Neonatal), critérios de habilitação, normas estruturais, necessidade de equipamentos e acesso a serviços dentre outras. Para fins do abordado neste capítulo, talvez o mais importante se refira a instituição do cuidado progressivo ao doente crítico, pois justifica e ampara a necessidade de uma equipe ampla. Sobre este quesito em específico, os pontos de maior relevância estão correlacionados diretamente a criação de uma organização capaz de garantir acesso, acolhimento e resolubilidade aos pacientes que deles necessitarem, qualificação da atenção e segurança do paciente e educação permanente dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2017).

Aborda-se esta questão como relevante, baseado em artigos que demonstram que apesar do reconhecimento de que o advento e evolução do CC no decorrer de anos ter sido capaz de conceder a sobrevivência a muitos pacientes, fato este que outrora seria impensável, trouxe à tona diversos questionamentos éticos relacionados as condições de vida após a saída deste.

Apesar de todos os avanços tecnológicos que hoje estão disponibilizados, em muitas Unidades Hospitalares, mas em especial nos ambientes de CC, a compreensão das consequências destas terapêuticas e a morbidade persistente, vêm sendo alvo de grande preocupação e foco de estudo de diversos pesquisadores. A doença crítica em si é capaz de exacerbar comorbidades e até mesmo de



ocasionar eventos e sequelas físicas e emocionais, comprometendo a qualidade de vida, interferindo ou levando a perda de condição de labor, bem como elevando custos e maior utilização dos serviços de saúde. Estas consequências podem persistir por anos (MARGARET et al., 2023).

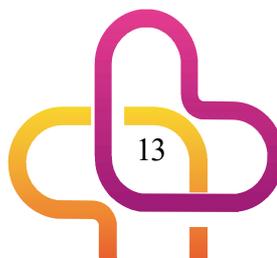
A temática é de tamanha relevância, que já é definida como uma síndrome: Post Intensive Care Síndrome (PICS), e a The Society of Critical Care Medicine tendo publicado em 2020 um Consenso com o intuito de apoiar os Intensivistas na prevenção e identificação precoces, bem como recomendar ações para o manejo adequado (MIKKELSEN et al., 2020).

### **3. Cuidado Crítico: perspectiva de uma abordagem focada no paciente**

Historicamente esta atribuição tem sido delegada aos médicos, entretanto estudos tem demonstrado que a Enfermagem por diversos fatores, parece estar mais preparada para tanto. Todavia, o cuidado é multiprofissional (YAMAMOTO, 2022). Algumas estratégias são capazes de agregar valor ao cuidado prestado, maximizar a possibilidade de manter um time coeso, focado e principalmente concordando mutuamente quanto ao que será ofertado. Dentre tantas que podem ser utilizadas, optamos por discorrer de três: os rounds ou visitas interdisciplinares, o Plano Terapêutico e o Diário de UTI.

Os rounds ou visitas interdisciplinares podem ser compreendidos como um encontro dos profissionais que assistem ao paciente de maneira horizontal (conhecidos diaristas ou equipe da rotina, responsáveis pela tomada de decisão de médio e longo prazo), com o time de plantão do turno (responsável pela prestação contínua da assistência e resolução das intercorrências em curto prazo).

O principal intuito é o de através da escuta e conhecimento de todas as particularidades do paciente, advindas dos diferentes profissionais, as decisões de tratamento possam ser alinhadas de forma mais acertada e falhas de comunicação possam ser evitadas. Quando realizados de forma assertiva, repercutem em um significado clínico importante, capaz de prevenir eventos adversos, re-



duzir tempo de internação, morbidade e mortalidade. Normalmente produz um plano de metas diário, que será de conhecimento de todos (SHARMA et al., 2022).

O Plano Terapêutico do Paciente (PTP), também conhecido como Projeto Terapêutico Singular (PTS), é uma estratégia componente da política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido inicialmente proposto para utilização na atenção primária à saúde. É considerada uma ferramenta utilizada de forma horizontal e também interdisciplinar, para construção de uma proposta terapêutica com metas a serem cumpridas durante a permanência de um paciente em uma unidade de saúde. O mesmo proporciona coparticipação do time com suas expertises e saberes, garantindo autonomia profissional, ao mesmo tempo que qualifica e fortalece o trabalho em equipe (FERREIRA et al., 2022).

Os Diários de UTI foram propostos para diminuir os danos psicológicos decorrentes da permanência prolongada de pacientes em UTIs. Não substituem os registros formais da equipe multidisciplinar, sendo considerados um complemento de construção por parte da equipe e familiares, sobre a rotina ocorrida durante o período em que necessitaram de assistência intensiva. Muitos destes pacientes permanecem meses e até anos apresentando diferentes tipos de memórias, em sua grande maioria de caráter vívido e recorrente. A instituição desta ferramenta tem se revelado como de grande valia na reconstrução de memórias coerentes e redução de sequelas psicológicas pós alta, além de proporcionar engajamento e maior sensação de segurança aos familiares (EKILIND et al., 2023; TRIPATHY et al., 2022).

## **CONCLUSÃO**

A colaboração entre os membros da Equipe interdisciplinar de uma UTI é fator crucial para conseguir os melhores resultados ao propósito comum a todos os participantes envolvidos: prover um cuidado efetivo e seguro para pacientes e seus familiares. A habilidade de liderança, capaz de acolher



e agregar os profissionais, o paciente (quando possível) e seus familiares, se torna fundamental para conseguir alcançar este objetivo.

Devido a multifatoriedade envolvida em um ambiente de Terapia Intensiva exposta, este capítulo se propõe a discutir a temática de uma forma não focada nos cuidados específicos associados as categorias profissionais envolvidas, mas sim, discorrer sobre a importância da compreensão do cuidado crítico em si e da importância da abordagem coletiva com um único objetivo: devolver a sociedade um indivíduo com a melhor qualidade de vida possível.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017, 2017.

EKLIND, Sara; OLBY, Karin; ÅKERMAN, Eva. O diário da Unidade de Terapia Intensiva - Um complemento significativo na recuperação após a terapia intensiva. Um estudo de grupo focal. *Enfermagem em Cuidados Intensivos e Críticos*, v. 74, p. 103337, 2023.

FERREIRA, Maynara Guaripuna et al. Projeto Terapêutico Singular no manejo de casos complexos: relato de experiência no PET-Saúde Interprofissionalidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 46, 2022.

HERRIDGE, Margaret S.; AZOULAY, Élie. Resultados após doença crítica. *New England Journal of Medicine*, v. 388, n. 10, pág. 913-924, 2023.

LATOUR, José M. et al. Melhorando a experiência de terapia intensiva sob a perspectiva de diferentes partes interessadas. 2022.



MARSHALL, John C. e outros. O que é uma unidade de terapia intensiva? Um relatório da força-tarefa da Federação Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva e Crítica. *Journal of critical care* , v. 37, p. 270-276, 2017.

MIKKELSEN, Mark E. et al. Conferência internacional de consenso da Society of Critical Care Medicine sobre previsão e identificação de deficiências de longo prazo após doenças críticas. *Medicina intensiva* , v. 48, n. 11, pág. 1670-1679, 2020.

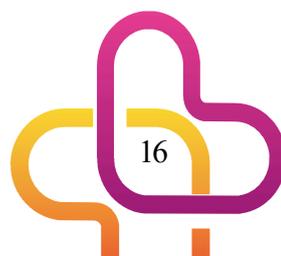
NAEF, Rahel; VON FELTEN, Stefanie; ERNST, Jutta. Fatores que influenciam o sofrimento psicológico pós-UTI em familiares de pacientes críticos: um modelo linear de efeitos mistos. *BioPsychoSocial Medicine* , v. 15, p. 1-9, 2021.

OUCHI, Janaina Daniel et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Rev Saúde em Foco*, v. 10, p. 412-428, 2018.

PIROTTE, Benjamin D.; BENSON, Escarlata. *Recusa de atendimento*. 2020.

SHARMA, Sandeep; HASHMI, Muhammad F.; FRIEDE, Rotem. Rounds Interprofissionais na UTI. In: *StatPearls [Internet]* . Publicação StatPearls, 2022.

TRIPATHY, Swagata et al. Momento da exposição aos diários da UTI e seu impacto na saúde mental, memórias e qualidade de vida: um estudo de controle randomizado duplo-cego. *Explorações de cuidados críticos* , v. 4, n. 8, 2022.



YAMAMOTO, Kanako. Associação entre colaboração interdisciplinar e capacidade de liderança em enfermeiras de unidade de terapia intensiva: um estudo transversal. *Journal of Nursing Research* , v. 30, n. 2, pág. e202, 2022.

