

Maria Emília Pereira Nunes

**COMPREENSÃO DA VISITA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
A PERSPECTIVA DE FAMILIARES**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Saúde.
Orientador: Profa. Dra. Letícia Macedo Gabarra

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nunes, Maria Emília Pereira
Compreensão da visita de crianças e adolescente em
Unidade de Terapia Intensiva : a perspectiva de familiares
/ Maria Emília Pereira Nunes ; orientador, Leticia Macedo
Gabarra - Florianópolis, SC, 2015.
120 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Visitas
a pacientes. . 4. Criança. . 5. Adolescente. . I. Gabarra,
Leticia Macedo. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III.
Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM
SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Compreensão da visita de crianças e adolescentes em
Unidade de Terapia Intensiva: a perspectiva de familiares”.**

Maria Emília Pereira Nunes

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em
Saúde

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Letícia Macedo Gabarra (Presidente)

Dra. Gabriela Schweitzer (Membro)

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello (Membro)

Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi (Membro)

Este trabalho é dedicado a todos os pacientes e familiares atendidos na UTI do HU/UFSC durante esse momento tão difícil em suas vidas e a todos aqueles que acreditam na potencialidade da criança e na possibilidade de transformar a vivência de sofrimento em uma experiência de desenvolvimento e aprendizagem.

AGRADECIMENTOS

Assim como os demais fenômenos da vida, o desenvolvimento desta pesquisa contou com a participação de muitas pessoas, de diversos contextos, de inúmeras formas, durante um longo período de tempo. Registro aqui os agradecimentos a algumas dessas pessoas e estendo minha gratidão a todos aqueles que indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos pacientes e familiares atendidos durante meu percurso no HU/UFSC, por compartilharem comigo suas vidas e suas perdas e contribuírem com o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Em especial aos participantes dessa pesquisa, por compartilharem os seus conhecimentos e sentimentos em um momento tão difícil de suas vidas.

À minha orientadora Letícia Macedo Gabarra, por sua companhia ao longo da minha trajetória profissional, por me ensinar e compartilhar suas experiências. Agradeço pelas imprescindíveis orientações e trocas, bem como por suas palavras de reconhecimento e incentivo, as quais me transmitiram calma e segurança para construir essa pesquisa.

Aos meus pais Léa e Zé e meu irmão Thales, que sempre estiveram presentes, pelo amor e incentivo que foram essenciais para realização deste mestrado. São meus exemplos de vida e me ensinam diariamente a persistir e buscar a realização de meus sonhos.

Ao Renato, por caminhar pela vida ao meu lado e por participar tão ativamente de tudo o que faço e me auxiliar na realização de meus projetos profissionais.

Aos professores e amigos da Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde e do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, pelos ensinamentos, pelas constantes trocas e construções conjuntas, por demonstrarem no cotidiano o valor da multidisciplinaridade.

As professoras Kátia Cilene Godinho Bertoncello e Maria Aparecida Crepaldi por participarem da minha banca de qualificação e por contribuírem com seus conhecimentos na elaboração dessa dissertação.

Aos membros da Banca, Dra. Gabriela Schweitzer, Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Dra. Maria Aparecida Crepaldi, Dra. Joselma Tavares Frutuoso, que prontamente aceitaram o convite e se disponibilizaram para oferecer seu tempo e seu trabalho para contribuir com o aprimoramento deste estudo e de suas reflexões.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde, pela oportunidade de realizar o

mestrado. E à Fundação de Ensino e Engenharia de Santa Catarina, pela concessão da bolsa de estudos durante o curso.

“Protegei-me da sabedoria que não chora, da filosofia que não ri e da grandeza que não se inclina perante as crianças.”

(Khalil Gibran)

RESUMO

A visita de crianças em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto desencadeia diferentes sensações entre os familiares e os membros da equipe de saúde, por ser um campo de mitos e controvérsias. Conhecer as vivências e experiências dos familiares de crianças e adolescentes que visitam os pacientes na UTI pode favorecer o trabalho da equipe multiprofissional, e incentivar a sistematização do processo de trabalho, além de promover o desenvolvimento de um espaço mais humanizado e o menos estressor para os envolvidos. Neste sentido, a pesquisa visou compreender a forma como os familiares percebem a entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados nesta unidade. Esta pesquisa teve enfoque exploratório descritivo e natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu de outubro a novembro de 2014, foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas realizadas com familiares de pacientes que estiveram internados em UTI por mais de um dia e que tinham crianças ou adolescentes na família. As entrevistas foram gravadas e transcritas para realização da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Da análise de dados emergiram três núcleos temáticos: a visita de familiares; vivência pessoal em relação à visita de crianças e adolescentes aos pacientes internados em UTI e o entendimento acerca desta temática. Em relação à visita de familiares, os resultados indicaram a função da família como fonte de apoio mútuo, os diferentes sentimentos despertados pela hospitalização, bem como as repercussões na vida pessoal e profissional. Evidenciaram aspectos da qualidade do atendimento oferecido pela equipe de saúde e a importância da existência das regras de visitação, no entanto a flexibilidade das mesmas foi considerada importante em situações especiais. No que concerne à vivência em relação à visita de crianças e adolescentes, observou-se que a maioria dos participantes estabeleceu uma comunicação aberta com as crianças e adolescentes. A tomada de decisão sobre a realização ou não da visita dependeu da inter-relação entre o desejo da criança ou adolescente em visitar, o estado clínico do paciente, o imaginário de que a visita de crianças não é permitida em UTI e o posicionamento da equipe. Como resultado dessa interação, cinco participantes permitiram a visita de crianças ou adolescentes e destacaram a necessidade de preparação antes de sua realização. No que diz respeito ao entendimento sobre essa temática, os resultados salientam as repercussões emocionais positivas da visita tanto para os

pacientes quanto para as crianças e adolescentes envolvidos, no entanto foram identificadas preocupações relacionadas ao risco de infecção e de provocar traumas, além da percepção de que a criança e o adolescente não têm capacidade de compreensão suficiente para conseguir lidar com essa situação. O vínculo afetivo com o paciente; o estado clínico do mesmo e a singularidade da criança e adolescente foram apontados como critérios que devem ser considerados para sua visitação. A preparação das crianças e adolescentes antes, durante e após a visita foi recomendada. Outros critérios, além da idade, devem ser considerados para autorizar ou não a entrada de crianças e adolescentes nesse contexto. O estabelecimento de diretrizes institucionais claras para a visitação, assim como a capacitação dos profissionais acerca da visita de crianças contribui para uma melhora na prática em saúde.

Palavras-chave: Saúde. Unidades de Terapia Intensiva. Visitas a pacientes. Criança. Adolescente. Relações profissional-família.

ABSTRACT

The visit of children in the Intensive Care Unit (ICU) adult triggers different feelings among family members and members of the healthcare team, as a field of myths and controversies. Knowing the experiences of family members of children and adolescents who visit patients in the ICU may facilitate the work of the multidisciplinary team, encourage the systematization of the work process, and promote the development of a more humane and less stressful environment for all involved. This research aimed to understand how family members perceive the entry of children and adolescents to visit the patients admitted to this unit. This research has a descriptive exploratory approach, and a qualitative nature. Data collection took place from October to November 2014, there were ten semi-structured interviews with family members of patients who were admitted to the ICU for more than one day and they had children or adolescents in the family. The interviews were recorded and transcribed to perform content analysis proposed by Bardin (2009). Data analysis revealed three themes: family visits; personal experience in relation to the visit of children and adolescents to ICU patients and the understanding of this issue. In relation to family visits, the results indicated the family function as a source of mutual support, different feelings aroused by the hospital as well as the impact on personal and professional life. Provided insights into the quality of care offered by the health team and the importance of the existence of the visitation rules, however the flexibility thereof was considered important in special situations. Regarding the experience in relation to the visit of children and adolescents, it was observed that most participants established open communication with children and adolescents. Decision-making about and whether or not the visit depended on the inter-relationship between the child or adolescent desire to visit, the clinical status of the patient, the imagination of the visit of children is not allowed in the ICU and the placement of staff. As a result of this interaction, five participants allowed visits from children or adolescents, and highlighted the need to prepare prior to the meeting. With regard to the understanding of this theme, the results underscore the positive effects of emotional seen both for patients and for children and adolescents involved, however concerns were identified related to the risk of infection and cause trauma, besides the realization that children and adolescents do not have enough understanding of capacity to cope with this situation. The emotional bond with the patient; the clinical status of it and the child's uniqueness and adolescents were

identified as criteria to be considered for visitation. The preparation of children and adolescents before, during and after the visit was recommended. Other criteria in addition to age, should be considered to authorize or not the entry of children and adolescents in this context. The establishment of clear institutional guidelines for visitation, as well as the training of professionals about the children visit contributes to an improvement in health practice.

Keywords: Health. Intensive Care Units. Visitors to Patients. Child. Professional- Family relations.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características dos familiares, pacientes, crianças e adolescentes.....	51
Quadro 2 - Apresentação dos núcleos temáticos e categorias que emergiram na análise.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	OBJETIVOS.....	28
1.1.1	Objetivo geral.....	28
1.1.2	Objetivos específicos.....	28
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	31
3.1	A VISITA DE FAMILIARES EM UTI ADULTO..	31
3.2	CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS DE VISITAÇÃO DE CRIANÇAS EM UTI ADULTO...	34
3.3	COMPREENDENDO A VISITAÇÃO DE CRIANÇAS EM UTI ADULTO.....	36
3.4	COMPREENSÃO DA CRIANÇA ACERCA DO PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	41
4	MÉTODO.....	45
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	45
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	45
4.3	PARTICIPANTES.....	46
4.4	INSTRUMENTO.....	47
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	47
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	48
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	MANUSCRITO 1 - COMPREENSÃO DE FAMILIARES ACERCA DA VISITAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	53
5.2	MANUSCRITO 2 - VISITA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UTI ADULTO: VIVÊNCIA DE FAMILIARES.....	63
5.3	MANUSCRITO 3 - ENTENDIMENTO DE FAMILIARES SOBRE A VISITA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UTI ADULTO.....	83
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS.....	103
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	113
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	115
	ANEXO 1 – Orientações para visitantes da UTL..	117
	ANEXO 2 – Parecer de aprovação pelo comitê de ética.....	119

1 INTRODUÇÃO

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão os pacientes graves ou potencialmente graves, com recursos tecnológicos e humanos especializados disponíveis para seu tratamento e possível recuperação. Nesse sentido, é um ambiente de contradições, já que de um lado está a tecnologia que a medicina e as demais áreas da saúde dispõem para tratamento das enfermidades, e do outro está a doença em si, que muitas vezes não pode ser curada, mesmo tendo a tecnologia mais avançada disponível. O paciente, os seus familiares e a equipe de saúde precisam encontrar a melhor forma possível para lidar com o sentimento de impotência diante da limitação da terapêutica curativa e da própria condição humana, que é acentuado pelo processo de adoecimento e pela possibilidade de morte (SIMONETTI, 2011; ROMANO, 2008).

O adoecimento, por si só, causa um forte impacto emocional na família, quando está associado à internação hospitalar e em especial à internação em UTI, este impacto torna-se exacerbado. A família possui um papel importante ao longo deste processo, podendo contribuir na adaptação do paciente ao tratamento e representando o elo com o mundo externo ao hospital, reassegurando sua identidade. Entretanto, para que possa ter suas necessidades atendidas e oferecer o suporte necessário para o paciente, a família também carece dos cuidados da equipe de saúde (GIBAUT et al., 2013; SILVA et al., 2012; PUGGINA et al., 2014; COSTA et al., 2010; SOUZA, 2010; URIZZI et al., 2008).

Ao pensar em família, devem ser consideradas as mudanças que a composição familiar vem passando nas últimas décadas. Esta composição deixa de ser exclusivamente consanguínea, nuclear e tradicional, composta por pai, mãe e filhos, e passou a incluir no seu conceito as diferentes formas de família como, por exemplo, as famílias recasadas, monoparentais, casais sem filhos, homoafetivas e unipessoais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). Neste trabalho, a família é compreendida em sua multiplicidade de composições, incluindo os laços consanguíneos ou não, mas especialmente os sentimentos de pertença e os vínculos afetivos, assim como a intimidade e proximidade entre seus membros (CERVENY; BERTHOUD, 2009).

De qualquer forma, além dos adultos, as crianças e adolescentes podem estar presentes na composição familiar como filhos, netos, irmãos ou sobrinhos dos pacientes internados e, assim como o restante da família, sofrem o impacto de ter um ente familiar internado em UTI (KEAN, 2009; KNUTSSON et al., 2008). Nesta pesquisa, o termo

criança está de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança a pessoa com menos de 12 anos e adolescente quem tem entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2001).

Embora o estudo de Johnson (1994) aponte que crianças participativas do processo de adoecimento e hospitalização têm demonstrado, a partir dos familiares, o desejo de visitar seus entes hospitalizados, muitas vezes com o intuito de proteger as crianças, os adultos as excluem desse momento, que é capaz de proporcionar crescimento e desenvolvimento emocional, se bem conduzidos por profissionais da equipe de saúde e familiares (KEAN, 2009, 2010; KNUTSSON et al., 2008; BARROS, 2003). O psicólogo aparece então como um profissional capacitado teórica e tecnicamente para lidar com essas situações (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; KEAN, 2010).

É possível observar na literatura que a visita de crianças a familiares internados em UTIs adulto não é prática frequente ao redor do mundo (ANZOLETTI et al., 2008; GIANNINI et al., 2008; BILEY; MILLAR; WILSON, 1993; KNUTSSON; BERGBOM, 2007). Recentemente foi publicado um estudo realizado por Ramos et al. (2014) com 162 UTIs localizadas em todas as regiões do Brasil, o qual ressaltou a predominância de políticas restritivas de visitação, incluindo limitações em relação à estrutura oferecida para acolher os visitantes e restrições quanto aos períodos de visitação, número de visitantes por período e à idade dos visitantes. Em relação à idade dos visitantes, 12,5% não tinham qualquer restrição de idade, a maioria (76,9%) permitiam a visita para maiores de 12 anos e 10,6% permitiam a visita apenas para maiores de 16 anos. As conclusões da pesquisa ressaltam que embora o reconhecimento nacional e internacional em relação aos benefícios da política aberta de visita esteja crescendo, a implantação dessa política no Brasil ainda não foi efetivada, aspecto evidenciado principalmente pela falta de estrutura adequada para receber e acomodar os visitantes na maioria das unidades pesquisadas (RAMOS et al., 2014).

Embora os dados de pesquisas internacionais sugiram que o regulamento da maioria dos hospitais permite apenas a entrada de adolescentes, estes mesmos estudos ressaltam que em algumas UTIs, dependendo da situação e dos profissionais de plantão no momento, são abertas algumas exceções para a visita de crianças aos seus familiares adultos. De forma que, quando a visita de crianças acontece em algumas instituições, costuma ser fruto da avaliação em conjunto entre os membros da equipe, incluindo a presença do psicólogo quando há na

equipe (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; ANZOLETTI et al., 2008; GIANNINI et al., 2008) e em outros casos decorre de circunstâncias singulares e por critérios de senso comum (KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

A inserção da autora na rotina da UTI, durante o período em que participou do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, possibilitou a observação de situações díspares em relação ao manejo da entrada de crianças e adolescentes nesse ambiente. Foi possível perceber a autorização ou não da entrada de crianças para visitar seus familiares internados na UTI, dependendo da situação clínica do paciente internado, dos pedidos da família e da opinião dos profissionais presentes no momento.

Observou-se que as crianças podem reagir de diferentes maneiras frente ao ambiente da UTI e o estado clínico do paciente, dentre as reações possíveis e até mesmo esperadas estão a curiosidade, surpresa, felicidade, preocupação, tristeza, insegurança e agitação. Nessas situações as crianças precisam ser preparadas, necessitam de informações e de oportunidade para expressar e compartilhar seus sentimentos com as pessoas próximas. A partir da experiência e do relato de alguns profissionais foi possível verificar algumas dificuldades da equipe em lidar com as demandas emocionais exigidas por esse tipo de situação. Observou-se também a desarticulação entre os profissionais que atuam nessa unidade, já que muitos deles discordam em relação a essa temática, o que corrobora com outros estudos da área que ressaltam a pouca orientação recebida pela equipe para lidar com essa situação específica (CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; HUPCEY, 2000; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

A observação participante da autora e as contribuições da literatura (GIBSON et al., 2012; KNUTSSON, BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; HUPCEY, 2000) permitiram pressupor que esta temática despertou uma série de opiniões distintas na equipe de saúde e nos familiares envolvidos, principalmente no que diz respeito ao manejo da entrada de crianças na unidade de terapia intensiva sem causar danos emocionais à mesma, o que contribui para a indefinição na forma de conduzir essas situações. Tendo em vista que conhecer a compreensão dos envolvidos nesse processo é essencial para subsidiar a construção de protocolos de intervenção, este estudo se propôs a conhecer mais sobre os familiares, buscando responder a seguinte pergunta: **Qual a compreensão dos familiares de pacientes**

internados acerca da visita de crianças e adolescentes na UTI adulto?

Considerando a subjetividade e a complexidade do tema abordado, compreende-se que a rotina de cada serviço deve ser sempre flexível frente a novas situações. No entanto, acredita-se que conhecer como os familiares compreendem este fenômeno, propicia subsídios para a discussão e reflexão em relação às políticas de visitação, e contribuirá para que a equipe sinta-se mais tranquila e confiante para lidar com situações de visitas de crianças no contexto de UTI.

Esta pesquisa pretende contribuir com o desenvolvimento de conhecimento científico sobre a temática, tendo em vista que são raros os estudos nacionais que contemplam esse aspecto da visitação em UTIs adulto. Além disso, tem a intenção de colaborar com a criação de protocolos de intervenções pautados em evidências científicas e na realidade do Serviço de UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) quanto à rotina de entrada de crianças em UTI adulto, visando melhorar a qualidade na assistência e obter uma maior satisfação dos envolvidos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender a forma como os familiares dos pacientes que estiveram internados em UTI adulto percebem a entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados nesta unidade.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a compreensão dos familiares em relação à visita e às regras de visitação em UTI adulto.
- Identificar a vivência dos familiares em relação a comunicação, tomada de decisão e ao manejo da entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados em UTI adulto.
- Identificar o entendimento de familiares acerca da entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados em UTI adulto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A base teórica deste trabalho é constituída pelo pensamento sistêmico, o qual compreende que todos os fenômenos estão interligados por meio de emaranhamento de ações, interações e retroações e tem como pressupostos fundamentais a complexidade, instabilidade e a intersubjetividade (VASCONCELOS, 2003). Esta é uma nova forma de perceber o mundo que destaca as inter-relações entre elementos que o constituem, pois se entende que esta perspectiva auxilia na compreensão da complexidade da tríade criança – família – equipe de saúde, já que os fenômenos acontecem na interação.

O pensamento sistêmico não pretende compreender o mundo separando-o em partes e buscar explicações simplificadoras, este propõe que as várias facetas dos fenômenos sejam consideradas a partir do contexto em que estão inseridos e das relações que se estabelecem entre eles. O pressuposto da complexidade se diferencia do pensamento simples e busca evitar as consequências reducionistas e unidimensionais que a simplificação pode produzir. A perspectiva da complexidade reconhece que o conhecimento é situado em um tempo e trata com as incertezas, sabendo que qualquer conhecimento é incompleto em si mesmo (MORIN, 1990). Nesse sentido, a simplificação ofuscaria as inter-relações dos fenômenos. O pressuposto da instabilidade está relacionado ao fato de que o mundo está em um constante processo de transformações e por isso considera-se que a imprevisibilidade dos fenômenos é inevitável. O pressuposto da intersubjetividade compreende o pesquisador como alguém que está implicado no processo e considera o conhecimento científico como uma construção social, a partir da qual não é possível conceber uma realidade independente do observador (VASCONCELLOS, 2003). Apesar de ser impossível separar completamente observador e objeto, faz-se necessário que o pesquisador busque esclarecer o seu papel e contextualize a sua prática, identificando tanto os seus limites quanto suas possibilidades (BÖING; CREPALDI; MORÉ, 2008).

Observa-se que o pensamento sistêmico é condizente com a temática central deste trabalho, tendo em vista que a mesma envolve a perspectiva familiar acerca de um fenômeno que abarca toda a família, como é o caso da internação hospitalar de um de seus membros. A perspectiva sistêmica compreende que o comportamento de um dos membros de uma família é interdependente dos demais. Entende-se ainda que o sistema familiar seja composto por subsistemas, como é o caso do subsistema conjugal ou fraternal, por exemplo. E que esta

unidade familiar está incluída em um sistema mais abrangente, como o sistema sociocultural (CERVENY; BERTHOUD, 2009). Com isso, ampliar o foco para a família e para o contexto no qual está inserida é essencial para a compreensão do comportamento de seus membros.

Este pensamento é adequado à proposta de integralidade presente nas políticas públicas de saúde, pois considera o indivíduo de forma integral incluindo o contexto no qual ele está inserido. Além disso, é congruente com a abordagem qualitativa deste estudo, já que se compreende a complexidade do processo saúde e doença, assim como da inter-relação entre os envolvidos neste processo (criança, família, profissionais de saúde). Não se pretende esgotar a totalidade da complexidade do fenômeno, mas sim, oferecer um recorte possível do mesmo, o qual em conjunto com as demais pesquisas da área possibilitará um panorama mais amplo e contextualizado do fenômeno.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de aprofundar o conhecimento do tema estudado e direcionar a prática, a partir da fundamentação científica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A pesquisa de artigos foi efetivada nas seguintes bases de dados: Scielo, Pubmed, Web of Science, BVS-psi, Pepsic, PsycNET, a partir da combinação dos descritores indexados da Biblioteca Virtual em Saúde, especificados a seguir: Cuidados intensivos, Unidade de terapia intensiva, Relações profissional-família, Família, Morte, Atitude frente a morte, Criança, Psicologia da criança, Morte parental, Doença. Foram incluídas na estratégia de busca as seguintes palavras-chaves: Visita, Visita aberta, Visita restrita, Políticas de visitação.

Foram incluídos os artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português e inglês. Artigos mais antigos foram incluídos, de acordo com sua relevância para o tema e a escassez de artigos mais atuais sobre a temática. Todos os estudos obtidos a partir dos descritores selecionados na estratégia de busca foram avaliados pelos títulos e resumos. Quando o título e o resumo não foram suficientes para incluir ou excluir o estudo, aguardou-se a obtenção da íntegra da publicação para tal definição.

3.1 A VISITA DE FAMILIARES EM UTI ADULTO

Ter um familiar internado em UTI é considerado um evento estressor pelos familiares que acompanham este processo (COSTA et al., 2010; SOUZA, 2010; BECCARIA et al., 2008), pois desperta sentimentos como medo e angústia (FERREIRA; MENDES, 2013; PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2003) e exige reorganização dos papéis e responsabilidades na família para assegurar a realização das tarefas bem como prestar a assistência que o paciente necessita (FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012; BEUTER et al., 2012; FONSECA, 2004). Em relação às estratégias de enfrentamento, o estudo de Schleder et al. (2013) realizado com 45 familiares, demonstrou que a maioria deles considerou a religião/espiritualidade tem auxiliado muito no enfrentamento do estresse desencadeado pela internação.

Apesar da visita aberta, a ambiência e o acolhimento serem dispositivos da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013), Silva et al. (2012) observaram em sua pesquisa que boa parte do conteúdo relatado pelos profissionais entrevistados indica que estes dispositivos não são implementados na

UTI pesquisada, o que as autoras alertam que pode ser uma realidade em outras UTIs do Brasil. O estudo de Ramos et al. (2014) confirma essa questão. As UTIs, tradicionalmente, possuem estrutura fechada, com políticas de visita restritivas, limitando a presença e participação de membros da família (HUNTER et al., 2010; ANZOLETTI et al., 2008; GIANNINI, 2007). No entanto, os familiares mencionam o desejo por horários de visita mais flexíveis em situações especiais como, por exemplo, quando são procedentes de outras cidades e quando o estado de saúde do paciente é muito grave, envolvendo risco de morte (BECCARIA et al., 2008).

Historicamente, os visitantes foram percebidos como responsáveis pelo aumento do barulho e risco de trazer infecção, ocupando espaço e dificultando o trabalho da equipe de assistência (GIBSON et al., 2012; BIANCOFIORE et al., 2010; BERTI et al., 2007; FARRELL et al., 2005; QUINIO et al., 2002). No entanto, as evidências sugerem os benefícios da visita tanto para os pacientes quanto para a equipe, melhorando a saúde emocional dos mesmos e fornecendo informações importantes para a equipe, o que favorece o cuidado mais individualizado (SOUZA, 2010; ZINN; SILVA; TELLES, 2003). Não foi encontrada evidência de que os visitantes representem um risco direto de infecção para os pacientes (ADAMS et al., 2011; FUMAGALLI et al., 2006; TANG et al., 2009), nem há base científica que justifique a restrição do acesso dos visitantes para UTIs (GIANNINI, 2007).

Outro destaque se dá ao fato de que as crenças e atitudes em relação à visita em UTI podem ser diferentes entre os profissionais que atuam na unidade. Biancofiore et al. (2010) apontou diferenças significativas entre os 230 médicos e os 377 enfermeiros que participaram de sua pesquisa, de forma que os médicos demonstraram ser mais liberais, dando o poder de decisão sobre a visita para o paciente ou aceitando uma política de visita aberta em sua UTI, e mais flexíveis em relação ao número de visitantes que permitiria ao longo do dia e durante a mesma visita. Os enfermeiros se mostraram mais céticos em relação aos benefícios da visita e ressaltaram que a presença de familiares poderia interferir na assistência prestada ao paciente. No entanto, médicos e enfermeiros concordaram que a entrada de visitantes na UTI deve ser restrita.

A disparidade também pode ser observada em relação à percepção de enfermeiros e pacientes sobre quais seriam as melhores práticas. Sobre a necessidade dos pacientes, a pesquisa de Carrol e Gonzalez (2009) evidenciou que embora os aspectos positivos da visita

sejam ressaltados pelos participantes, alguns pacientes consideram a visita um elemento que dificulta o descanso e intensifica a dor. Por isso, Gibson et al. (2012) afirmam que é importante respeitar os direitos do paciente e permitir que eles decidam se desejam ou não receber visitas.

Os visitantes sentem a necessidade de serem reconhecidos e se sentirem bem-vindos pela equipe. Além disso, destaca-se a necessidade de uma sala de espera confortável, disponibilidade de água, banheiro e uma sala reservada para as conversas com a equipe (RAMOS et al., 2014; KUTASH; NORTHROP, 2007; FRIDH et al., 2009). Puggina et al. (2014) apontam em seu estudo que os familiares ainda não têm suas necessidades atendidas pelos profissionais de saúde. Os familiares têm necessidade de sentir segurança (PUGGINA et al., 2014; COSTA et al., 2010), para isso a intervenção da equipe é necessária, no sentido de disponibilizar informações para a família, pois à medida que eles sentem-se seguros, podem colaborar também com o bem-estar do paciente (PUGGINA et al., 2014; FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012; BECCARIA et al., 2008; VILA; ROSSI, 2002). O estudo de Gibaut et al. (2013) constatou a necessidade de a equipe demonstrar mais interesse pela condição e necessidades do familiar, visto que a maioria dos 250 familiares entrevistados sentiram-se nada ou pouco confortáveis com a manifestação de interesse da equipe e com a flexibilização da visita ao paciente internado.

Considerando as dificuldades e necessidades da equipe assim como as necessidades dos familiares é possível observar que incorporar a visita de familiares ao paciente internado em UTI é uma prática complexa que requer um equilíbrio entre as necessidades dos familiares em relação ao acesso às informações e ao ente querido e as necessidades da equipe para gerenciar e prestar os cuidados com qualidade ao paciente (SIMONETTI, 2011; AGARD; LOMBORG, 2010; FARRELL et al., 2005). Farrell et al. (2005) apontam que, muitas vezes, a equipe de enfermagem se encarrega de oferecer apoio aos familiares, no entanto, existem momentos em que esses profissionais não podem dividir sua atenção entre um paciente instável e uma família ansiosa, o que pode acarretar em sobrecarga para o profissional.

Embora considerem as necessidades emocionais dos familiares como algo importante, as necessidades fisiológicas, de saúde e de segurança do paciente estão em primeiro plano. Nesse sentido, os autores ressaltam que outro profissional com conhecimento e experiência acerca das necessidades dos familiares poderia auxiliar o trabalho dos enfermeiros, permitindo que estes possam focar na gestão do paciente em estado grave (SILVA et al., 2012; FARRELL et al.,

2005). A atuação do psicólogo junto aos familiares dos pacientes internados em UTI vem sendo apontada como relevante na literatura (FERREIRA; MENDES, 2013; BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2003) e sua atuação do psicólogo neste contexto inclui a orientação e preparação dos familiares para a visita e o acompanhamento da mesma (SANTOS; ALMEIDA; JUNIOR, 2012; SANTOS et al., 2011; PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2003). Os familiares entrevistados por Moreira, Martins e Castro (2012) destacaram a importância de o psicólogo realizar essa função.

3.2 CONTEXTUALIZANDO AS POLÍTICAS DE VISITAÇÃO DE CRIANÇAS EM UTI ADULTO

Um estudo realizado por Anzoletti et al. (2008), na região nordeste da Itália, constatou que somente 22% das 104 UTIs pesquisadas permitiam a visita de crianças com idade inferior a 12 anos, aos pacientes críticos internados. A visita de crianças foi permitida com maior frequência nas unidades em que o tempo total de visitação era superior a quatro horas e naquelas onde era possível entrar mais de uma pessoa por vez para visitar o paciente. Neste mesmo estudo, 21% das UTIs relataram que frequentemente abriam exceções para suas regras de visitação e 77% relataram que exceções ocorriam apenas em circunstâncias especiais, no entanto não foram especificadas quais regras ou em quais situações as exceções eram possíveis (ANZOLETTI et al., 2008). Outro estudo realizado no mesmo país registrou que das 303 UTIs pesquisadas, 69% delas restringiam a visita de crianças (GIANNINI et al., 2008).

Na França, a visitação de crianças sem qualquer limitação de idade foi autorizada em 46% das 95 UTIs pesquisadas, 44% das UTIs fixaram uma idade mínima, sendo que na maioria a idade mínima era de 15 anos, e 10% não permitiam a visita de crianças (QUINIO et al., 2002). Já na Suécia não havia qualquer restrição quanto à visitação de crianças em 66% das 56 UTIs avaliadas. No entanto, 70% das UTIs não tinham as políticas e diretrizes estabelecidas quanto à visita de crianças, seja na forma verbal ou escrita, e 52% não percebiam que orientações escritas e procedimentos específicos eram necessários, enfatizando que o bom-senso deve ser usado sempre antes de qualquer tomada de decisão. No entanto, sem diretrizes claras pré-estabelecidas, existe o risco de que as decisões sejam tomadas de forma arbitrária, com base nas opiniões e atitudes individuais de cada profissional e, portanto,

diferentes e, por vezes, até mesmo, contraditórias entre si (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Em relação às diretrizes sobre como oferecer suporte e informações para as crianças, 12% mencionaram que era importante oferecer informações para a criança e responder suas dúvidas antes, durante e após a visita. Eram oferecidas informações sobre o ambiente físico da UTI, sobre a condição, aparência do paciente e a capacidade do mesmo para falar, ouvir e compreender. A decisão quanto à entrada ou não da criança na UTI era deixada a cargo da família em 14% das UTIs pesquisadas, em 29% foi relatado que essa decisão deve ser considerada de forma individualizada em cada caso, enquanto em outras UTIs cabe ao enfermeiro decidir de acordo com quaisquer circunstâncias individuais, como o paciente, o visitante e a situação da UTI, etc. (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Em uma pesquisa realizada no Reino Unido, o resultado do grupo de 15 UTIs mistas, que atendiam crianças e adultos, apontou que nenhuma delas possuía uma política de visitação, ou seja, orientações específicas sobre a entrada de crianças. Já o resultado correspondente ao grupo de 46 UTIs que atendia exclusivamente adultos, demonstrou que apenas cinco (11%) possuíam uma política de visitação para crianças, mas quatro delas não eram por escrito. As características das políticas de visitação de cada uma destas UTI não foram especificadas no artigo (VINT, 2005a). De acordo com o autor, a omissão em relação às políticas de visitação não significa que a equipe tenha falhado em reconhecer as necessidades das crianças que desejam visitar os adultos internados na unidade, no entanto representa a carência de um plano de ação nesses casos. Apesar disto poder ser resultado apenas de um descuido decorrente de um trabalho sobrecarregado, pode resultar em falta de apoio ou confusão dependendo do entendimento do profissional responsável que estiver de plantão (VINT, 2005a).

O mesmo autor afirma que, infelizmente, nem sempre o plano de ação é capaz de assegurar que não existam inconsistências nas visitas. O grupo desta pesquisa foi separado da pesquisa maior (VINT, 2005b), que incluía apenas UTIs adulto, por acreditar que o fato de que a equipe nestas unidades mistas, por também atender crianças, poderia estar mais preparada e ter um olhar diferenciado sobre a visita de crianças. Embora Vint (2005a) tenha observado que as UTIs mistas estavam mais receptivas à entrada de crianças para visitação do que as UTIs que atendiam apenas pacientes adultos, tanto as UTIs mistas quanto as UTIs adulto poderiam fazer mais para apoiar as crianças que iram visitar seus familiares. Anzoletti et al. (2008) observaram em sua pesquisa que as

UTIs pediátrica e neonatal geralmente são mais abertas à visitação do que as unidades que lidam com adultos, provavelmente porque as necessidades relacionais do paciente pediátrico são mais evidentes. Não só as crianças se sentem melhor com sua família para apoiá-los, como também sua presença facilita o trabalho da equipe. Mas quando as crianças são os visitantes, o resultado é diferente, mesmo nas UTIs pediátrica, onde o acesso de crianças foi proibido em 64% das unidades pesquisadas.

Apesar das políticas de visitação de crianças em UTIs adulto serem escassas, ressalta-se a necessidade destas políticas serem baseadas em evidências e que os estudos revisados proponham métodos que possam oferecer suporte para que a criança possa lidar com a doença crítica de um familiar adulto. A educação facilita o processo de reflexão sobre a prática, desafiando antigas suposições, crenças e atitudes em relação à visitação de crianças em UTI adulto. É necessária uma melhor compreensão das necessidades das crianças e o desenvolvimento de habilidades de comunicação para proporcionar a elas um nível adequado de informação e de apoio (VINT, 2005a).

3.3 COMPREENDENDO A VISITAÇÃO DE CRIANÇAS EM UTI ADULTO

Os pacientes, famílias e cuidadores tradicionalmente concordam em limitar as visitas das crianças (QUINIO et al., 2002). As razões pelas quais as visitas das crianças permanecem restritas em UTIs são geralmente as mesmas: os pais, os pacientes, e cuidadores querem proteger as crianças (e eles próprios) de estresse adicional, e também para proteger os pacientes e as crianças do risco de infecção (KEAN, 2009; JOHNSON, 1994; CLARKE, 2000; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). Em contrapartida, a relação próxima da criança com o paciente, a condição do paciente, especialmente nos casos em que envolve risco de morte e a idade da criança (nos casos em que a criança é mais velha, a visita é mais aconselhada) são argumentos utilizados para justificar a visita das crianças em UTIs adulto (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Conforme já apresentado, algumas instituições permitem a entrada de crianças na UTI adulto (ANZOLETTI et al., 2008; BILEY; MILLAR; WILSON, 1993; GIANNINI; MICCINESI; LEONCINO, 2008; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). Estudos apontam a exposição à infecção hospitalar, a possibilidade de provocar traumas psicológicos, medo e sintomas de

ansiedade como argumentos utilizados pelos profissionais para dificultar o acesso da criança nesse contexto (BILEY; MILLAR; WILSON, 1993; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; VINT, 2005a, 2005b).

Outro aspecto pelo qual a equipe tem dificuldade em aceitar a visita de crianças na UTI é destacado por alguns autores que ressaltam o despreparo dos profissionais para lidar com a demanda emocional que é apresentada neste tipo de situação (CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994). Hupcey (2000) afirma que lidar com a visita de crianças ao adulto internado em UTI é uma fonte de estresse e incerteza para a equipe. Alguns participantes do estudo de Knutsson e Bergbom (2007) afirmam que argumentos como o risco de infecção, apontado por 36% dos profissionais pesquisados como sendo o principal motivo da restrição da visita, tem a função de encobrir este despreparo.

Embora sejam argumentos pertinentes, alguns autores afirmam que não devem impedir a visita da criança na UTI, já que participar deste momento, recebendo o suporte necessário, pode auxiliá-la a desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com essa situação (ROZDILSKY, 2005; CLARKE, 2000; CLARKE; HARRISON, 2001). Percebe-se que ao vivenciar junto com a família o processo de internação é possível que ela compreenda melhor o que está acontecendo, as mudanças na rotina e dinâmica familiar, assim como o comportamento dos seus familiares (KNUTSSON et al., 2008; KEAN, 2010; JOHNSON, 1994).

Uma pesquisa realizada com 30 pais que tiveram os filhos visitando um familiar internado em UTI adulto apontou que, na maioria dos casos, foram os próprios pais e seus filhos que iniciaram a visita, de forma que muitas crianças não tiveram qualquer acompanhamento por parte da equipe e a responsabilidade em oferecer a informação adequada às crianças ficou sob a responsabilidade dos próprios pais (KNUTSSON; BERGBOM, 2007). No entanto, muitas vezes os pais compreendem que a proteção da criança é sua função e, por isso, buscam controlar o acesso da criança à informação quando um de seus familiares está internado na UTI (KEAN, 2009). Mas as crianças estão inseridas em suas famílias e, portanto, a forma como vivenciam a doença grave e as suas estratégias para o acesso das informações são influenciadas pela dinâmica comunicacional existente nas famílias. Quando a criança é incluída na comunicação familiar e participa da decisão de visitar ou não o familiar internado na UTI, ela está no controle de sua própria necessidade de informação, pois tem a oportunidade de perguntar diretamente aos familiares e consultar os

profissionais de saúde. Nos casos em que a criança não recebe as informações acerca do que está acontecendo em relação ao processo de adoecimento e internação de um familiar, ela própria encontra estratégias para buscar a informação de que necessita, ressaltando que as crianças não são passivas, mas ativamente construtoras e co-construtoras de suas próprias experiências (KEAN, 2009).

A capacidade cognitiva, intelectual, afetiva e emocional da criança vem sendo apontada em estudos da psicologia infantil, o que contribui para ressaltar a capacidade que a criança tem para lidar com a dor e o sofrimento. Sintomas de ansiedade e os sentimentos relacionados ao abandono e medo da morte podem ser reduzidos à medida que as visitas são permitidas (ANZOLETTI et al., 2008; CLARKE; HARRISON, 2001; DAVIDSON et al., 2007; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; VINT, 2005b). Além disso, nos casos em que o paciente está lúcido, é possível também que a visita da criança traga alegria e sentimento de esperança para o ambiente representando um elo com o mundo externo (JOHNSON, 1994; VINT, 2005b). Hupcey (2000) destaca ainda que a visita de uma criança pode auxiliar os pacientes a se sentirem seguros.

No entanto, permitir a visita por si só não garante a diminuição da ansiedade e prevenção de traumas futuros. Pesquisas apontam que possibilitar a visita sem oferecer um acompanhamento profissional e familiar adequado para a criança pode ser tão nocivo quando impedir que a visita aconteça (ROZDILSKY, 2005; VINT, 2005b; KNUTSSOM et al., 2008). De acordo com Kean (2010), ao relatarem sua experiência ao visitar o familiar internado na UTI, as crianças tenderam a falar sobre a UTI em nível concreto, lembrando principalmente do ambiente físico da UTI, como por exemplo, dos tubos e monitores. A maioria das crianças demonstrou curiosidade em relação ao aparato tecnológico encontrado no leito e fizeram muitas perguntas. No entanto, o autor sugere atenção às crianças mais caladas, pois ao não perguntarem suas dúvidas, podem recorrer à imaginação para construir um significado. Já os adolescentes a perceberam em um nível abstrato, suas lembranças iam além da percepção da tecnologia disponível em si, focando no por que ela era necessária. A UTI era lembrada principalmente a partir de sua função de preservar a vida. A maioria deles referiu um choque ao ver o familiar cercado de aparelhos e sua maior preocupação era o fato do paciente não poder responder (KEAN, 2010).

Knutsson e Bergbom (2007) também observaram que as crianças mais novas estavam mais focadas nos equipamentos e aparelhos característicos do ambiente de UTI, enquanto as mais velhas tinham

mais interesse no paciente em si e procuravam passar mais tempo com ele. Estes autores também relataram as perguntas e comentários feitos pelas crianças aos pais durante o período da visita, incluindo questões relativas mais subjetivas como a possibilidade do paciente ouvir, sentir dor, de sobreviver à internação e outras mais objetivas como o funcionamento e as funções dos recursos tecnológicos (KNUTSSON; BERGBOM, 2007).

A perspectiva das crianças acerca da experiência de visitar um familiar internado em UTI também foi abordada no estudo de Knutsson et al. (2008). A partir das entrevistas com 29 crianças, com idade entre quatro e 17 anos e média de 9,5 anos, foi possível notar as diferentes percepções das crianças e constatar que elas mesmas podendo achar a experiência assustadora, referiram que era bom poder ver como o paciente estava e experimentaram sentimentos reduzidos de separação, culpa, medo, desamparo e abandono. O misto entre tristeza e alegria no momento da visita foi percebido pelos pais de crianças que visitaram seus familiares internados na UTI (KNUTSSON; BERGBOM, 2007). As crianças e os pais identificaram como benefícios da visita o fato de ter a garantia de que o paciente estava vivo, poder ver sua condição e ter a oportunidade de expressar e compartilhar seus sentimentos. Além disso, valorizaram mais o trabalho da equipe (KNUTSSON et al., 2008).

Conhecer as particularidades de cada criança e a forma como cada uma compreende o que está acontecendo pode auxiliar a prevenir futuros traumas à medida que as informações e explicações, acerca do que ela irá encontrar no ambiente da UTI, sejam oferecidas em uma linguagem acessível à sua compreensão (KEAN, 2010; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; ROZDILSKY, 2005; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; BARKER; NIESWIADOMY; ARNOLD, 1998). É necessário explicar para a criança o que está acontecendo a sua volta, deixar que seus pensamentos, opiniões e vozes sejam ouvidos e permitir-lhes alguma parte nas decisões sobre aquilo que pode afetá-los (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

No entanto, a supervisão, acompanhamento e apoio emocional devem ser oferecidos não somente antes, mas durante e após as visitas de crianças (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; VINT, 2005a; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; KNUTSSON; BERGBOM, 2007). Vint (2005a) sugere que um projeto de pesquisa poderia auxiliar nessas situações, assim como outras pesquisas poderiam ser realizadas para avaliar os efeitos a curto e longo prazo, seus riscos e benefícios para os pacientes e para as crianças.

Borges, Genaro e Monteiro (2010) ressaltam alguns aspectos que devem ser avaliados no processo de tomada de decisão da entrada ou não de uma criança para visitar um familiar internado em UTI. São alguns deles: a motivação da criança para visitar o paciente; condição clínica do paciente e sua gravidade, grau de parentesco e qualidade da relação afetiva entre a criança e o paciente, maturidade emocional da criança e seu entendimento sobre o processo de doença e internação e a rede de apoio familiar. Vint (2005a) resalta algumas estratégias, independente da visita ser permitida ou não, que podem ser implementadas para reduzir o estresse das crianças e auxiliar na manutenção da comunicação e do vínculo com o familiar que está internado em UTI, como a escrita de bilhetes ou cartas, a confecção de desenhos, escolha de fotos por parte da criança, que podem ser levadas para o paciente internado até mesmo por outro visitante e deixados no leito, são alguns exemplos de comunicação e de integração da criança com a situação vivenciada pela família.

Gibson et al. (2012), em sua revisão de literatura, não encontraram diretrizes claras em relação à visita de crianças em UTI adulto, o que, segundo eles, pode estar contribuindo com o despreparo dos profissionais para lidar com a ‘inesperada’ visita das crianças. O estabelecimento de políticas e diretrizes claras nas instituições, assim como com a preparação específica dos profissionais acerca da visita de crianças poderia contribuir para uma assistência humanizada e de qualidade (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). Precisam ser desenvolvidas práticas baseadas em evidências para promover uma abordagem coerente da equipe com o objetivo de satisfazer as necessidades das crianças que visitam um familiar internado em UTI adulto (VINT, 2005a; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Vint (2005a) sugere o desenvolvimento de informação escrita específica para os pais ou responsáveis pela criança e, também, material exclusivo e adequado à idade das crianças. Além disso, considerando que as crianças são uma parte importante da unidade familiar, o ambiente precisa estar adequado a elas. Nesse sentido, a provisão de materiais lúdicos, como brinquedos, material para desenho, livros infantis dentro de uma sala de espera poderia auxiliá-las a se sentirem parte integrante da família e bem-vinda a esse ambiente, considerado tão hostil (VINT, 2005a; 2005b). No estudo de Knutsson; Otterberg; Bergbom (2004), alguns dos profissionais avaliados reiteraram, ainda, que para oferecer apoio e interagir com a criança, era importante utilizar recursos lúdicos, a fim de auxiliá-la a lidar com a situação vivenciada e,

com isso, minimizar o sofrimento.

O apoio de uma equipe multiprofissional poderia ser mais bem explorado, mas para que a equipe possa auxiliar nesse processo, ela também necessita de apoio e educação (KEAN, 2010; CLARKE; HARRISON, 2001; VINT, 2005a, 2005b). No entanto, a pesquisa de Vint (2005b) aponta que isso nem sempre ocorre na prática, já que 98% das UTIs pesquisadas não disponibilizaram formação que pudesse auxiliar os profissionais a oferecer suporte para as crianças que visitam seus familiares adultos que estão internados.

3.4 COMPREENSÃO DA CRIANÇA ACERCA DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

A palavra morte é carregada de significados e fantasias, o que contribui para que repetidamente os adultos evitem ou tenham dificuldade em falar sobre isso com a criança (SENGIK; RAMOS, 2013). No entanto, quando ocorre a morte real de algum membro da família a mesma busca compreender o que está acontecendo à sua volta (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010). Mas nem sempre isso é percebido e reconhecido pelo adulto (KEAN, 2009; CASTRO; PICCININI, 2002), que pode se esquivar de explicar o que está acontecendo à criança ou lhe conta mentiras (SENGIK; RAMOS, 2013). Em ambos os casos, na tentativa de poupá-la, o adulto a deixa insegura, já que a mesma é capaz de perceber as expressões não verbais, as expressões entristecidas e até o silêncio como sinais de que as coisas não estão bem na família (SENGIK; RAMOS, 2013; KOVACS, 2002; TORRES, 1999).

Na pesquisa de Gabarra e Crepaldi (2011) sobre a perspectiva de crianças acometidas por doenças crônicas acerca da comunicação do médico, paciente e ela própria, foi observado que as crianças mais novas parecem ser mais excluídas da comunicação sobre a doença. Outros estudos corroboram a exclusão das crianças da comunicação sobre a doença (NOVA et al., 2005; ARMELIN et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2004), mas apesar disso as crianças demonstraram estar atentas à comunicação indireta e muitas vezes essa é sua forma de conhecer mais sobre a doença, ou seja, elas percebem o que ocorre em sua família, observam as conversas dos adultos (pais, demais familiares e equipe), assim como suas expressões faciais (GABARRA; CREPALDI, 2011). No entanto, ao não conversarem sobre o que a criança percebe a sua volta, suas percepções ficam carentes de significados e o intuito de proteger a criança dessa forma é capaz de restringir sua experiência e até

mesmo postergar ou comprometer o desenvolvimento emocional da mesma (ROZDILSKY, 2005; BARROS, 2003).

No entanto, o que for melhor para a criança precisa ser feito, ela tem direito a receber informação, ter respostas a suas dúvidas e formar sua opinião, assim como deve ser respeitada em seus pensamentos e crenças (BRASIL, 1990). Nesse sentido, a comunicação com a criança precisa ser aberta e clara e as explicações do adulto devem corresponder à verdade, considerando a capacidade cognitiva e intelectual correspondente à idade da criança (LIMA; KOVACS, 2011; SCHMIDT et al., 2013). De acordo com Sengik e Ramos (2013, pag. 381) “Explorar e tentar responder às perguntas das crianças sobre a morte é mais adequado do que inventar eufemismos ou criar ilusões que confundam ainda mais seus pensamentos”.

As crianças em idade escolar aparentam ter mais condições de compreensão sobre o adoecimento do que as pré-escolares, de forma que isso pode colaborar para que os profissionais não façam tanto investimento na comunicação com as crianças dessa faixa etária. Mas as crianças demonstram ambivalência em relação ao desejo de saber mais sobre a doença que tem, afirmam que é bom saber, mas também que não é (GABARRA; CREPALDI, 2011). O que ressalta a necessidade de escolher com quem e a forma que se fala. O vínculo com a criança e a fala de forma gradativa, honesta, com linguagem simples e clara podem facilitar a comunicação com a criança (LIMA; KOVACS, 2011; GABARRA; CREPALDI, 2011). Cartilhas informativas também podem ser de grande ajuda na interação da equipe/família/criança e na comunicação sobre aspectos da doença (SCHMIDT et al., 2013; COSTA JR et al., 2001; GABARRA; CREPALDI, 2011).

O estudo de Torres (1999) revela a compreensão da criança frente a situações de morte de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo proposto por Piaget. A autora afirma que até os dois anos, a morte é percebida como ausência, a criança experimenta a sensação de perda, mas não compreende que será permanente. Entre três e cinco anos a morte ainda é considerada algo temporário e que pode ser revertido. O predomínio do pensamento concreto que ocorre entre seis e nove anos permite que a criança compreenda a causalidade e irreversibilidade da morte. A seguir, dos 10 anos até a adolescência, a morte adquire o conceito mais abstrato de ser inevitável e universal. Outros autores confirmam esses resultados ao afirmar que após os seis meses de idade a criança já percebe a ausência do seu responsável (JOHNSON, 1994; KNUTSSON; BERGBOM, 2007).

Sabe-se que a equipe deve considerar o desenvolvimento

cognitivo e emocional da criança e a especificidade da dinâmica familiar nos casos de comunicação sobre a doença com a criança portadora de doença crônica, assim como respeitar o momento de cada criança, assim como a forma de expressão possível para ela em cada situação (GABARRA; CREPALDI, 2011). No entanto, estudos abrangendo pacientes pediátricos constataram dificuldades em relação à comunicação da equipe de saúde com a criança (NOVA; VEGNI; MOJA, 2005; PEROSA; RANZANI, 2008; TATES; MEEUWESSEN, 2001). Perosa e Ranzani (2008) observaram em sua pesquisa que aproximadamente metade dos médicos entrevistados relatou que o tema “comunicação de más notícias à criança” foi abordado durante a graduação, mas somente a minoria referiu ter recebido capacitação com instruções mais específicas de como lidar com essas situações. Estes autores discutem a necessidade de que novas estratégias de ensino e novos conhecimentos científicos sejam contemplados nos cursos de formação em medicina. Como exemplo, sugerem o *role-playing*, que inclui além do conhecimento científico, fatores de cunho ético e legal e também fatores emocionais.

Gabarra e Crepaldi (2011) não restringem a discussão à educação do corpo médico e ressaltam a necessidade de educação para toda a equipe de saúde, embora também reconheçam que são poucos os cursos na área da saúde que capacitam os futuros profissionais para esta atividade específica. As autoras destacam que a aprendizagem sobre psicologia do desenvolvimento pode auxiliar na comunicação com as crianças, na forma de lidar com o conteúdo expresso por elas e no relacionamento da equipe não somente com as crianças, mas também com os demais familiares.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo tem caráter exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Exploratório, pois objetiva uma aproximação com o problema para torná-lo explícito, e descritivo por, como a palavra sugere, pretender descrever aspectos referentes a uma população ou fenômeno específico e propor relações entre as variáveis envolvidas (SILVA; MENEZES, 2005). Por ter o enfoque qualitativo, busca uma compreensão singular e subjetiva acerca do significado atribuído pelos mesmos ao fenômeno estudado (TURATO, 2005). Considerando esse autor, esta pesquisa utilizou o método clínico-qualitativo, o qual pode ser compreendido como um método qualitativo voltado exclusivamente para o contexto de vivências em saúde.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral de adultos do Hospital Universitário Ernani Polydoro de São Thiago. A instituição é um hospital geral de ensino e assistência que conta com 271 leitos, distribuídos em emergência, maternidade, pediatria, clínicas médicas, cirúrgicas e UTI (neonatal e adulto). O hospital conta com diferentes programas de residência médica e multiprofissional. A residência de medicina intensiva existe desde 2002 e a residência integrada multiprofissional em saúde desde 2010.

A instituição é vinculada ao Serviço Público Federal e presta assistência à saúde da população, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital atende a população de todo o Estado de Santa Catarina e é considerado de alta complexidade, sendo referência para cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo. A UTI geral adulto é constituída de 20 leitos, dentre os quais apenas 14 estão ativados e são divididos em UTIa (06 leitos ativados) e UTIb (08 leitos ativados). Destes, dois são quartos individuais destinados aos pacientes que necessitam de isolamento, os demais são separados na lateral por divisórias e a parte frontal possui uma cortina, que é fechada durante os procedimentos. A equipe relacionada à assistência direta do paciente e dos familiares que trabalha na unidade é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudióloga, assistente social, psicóloga e nutricionista.

Quando o familiar é recebido pela primeira vez na UTI, ele

recebe um folder com orientações para os visitantes da UTI (ANEXO 1). Dentre as principais informações, é especificado que o horário de visita da UTI é restrito a três momentos ao longo do dia, sendo meia hora no turno da manhã e da noite, e uma hora e meia no turno da tarde, nos quais é permitida a entrada de apenas uma pessoa por vez e não é recomendada a entrada de crianças. O período da tarde, além de ser o mais longo, é também o período em que é previsto maior contato entre equipe e familiares, visto que é o horário do boletim médico, isto é, os médicos são responsáveis por transmitir as informações clínicas do paciente aos familiares.

4.3 PARTICIPANTES

A escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória. Sendo que todos os convidados, aceitaram participar da pesquisa. Participaram desta pesquisa dez familiares dos pacientes que estiveram internados na UTI adulto do HU/UFSC que satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão apresentados a seguir.

(1) participante deve ter idade superior a 18 anos e concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; pois se buscou compreender a perspectiva dos familiares adultos acerca da entrada de crianças e adolescentes para visitar pacientes internados em UTI.

(2) participante deve ter um familiar que permaneceu internado na UTI por pelo menos um dia e que após alta da UTI permaneceu internado em alguma das enfermarias do HU/UFSC durante o período de coleta de dados. Isto se justifica porque se entende que durante o período de internação em UTI o sofrimento emocional do familiar estaria exacerbado e a alta da UTI significaria um quadro de maior estabilidade clínica do paciente que refletiria em maiores condições do familiar em participar da pesquisa e relatar sua experiência em relação àquele momento.

(3) participante deve ter um familiar que recebeu visitas durante a internação em UTI e tem familiar menor de 18 anos; pois se buscou investigar a percepção dos familiares acerca do processo de visitação em UTI e contemplar a percepção dos mesmos acerca da entrada de crianças e adolescentes nesta unidade. A inclusão de adolescentes se deu pela compreensão de que a idade de 12 anos, que determina a transição da criança para o adolescente, não garante que este terá necessariamente maiores condições para lidar com o processo de adoecimento e hospitalização em UTI de um familiar.

(4) participante deve ter vínculo de consanguinidade ou de afinidade com o familiar do paciente menor de 18 anos; pois se entende que essa proximidade possibilitaria que o participante relatasse com maior propriedade sobre o manejo da entrada da criança e ou adolescente e os aspectos que contribuíram para seu posicionamento frente a essa entrada ou não.

Foram excluídos da pesquisa os casos mais graves que evoluíram para óbito durante o período de internação em UTI.

4.4 INSTRUMENTO

A entrevista é um instrumento que permite esclarecimentos e adaptações que contribuem para o alcance dos objetivos, e para isso, as perguntas devem ser claras e objetivas para evitar dúvidas e divagações (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). A técnica de investigação utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), constituída por um roteiro de perguntas pré-elaboradas a partir da revisão de literatura sobre o fenômeno pesquisado, a qual possibilitou a identificação dos aspectos chaves para conduzir a entrevista e a partir disto alcançar o objetivo geral da pesquisa.

Após elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, visando a adequação do roteiro de entrevista foi realizada uma entrevista piloto, recurso que é indicado para desenvolver os procedimentos de aplicação (BARROSO, 2012; MANZINI, 2012). Os dados obtidos nesta entrevista não foram considerados nos resultados desta pesquisa, mas contribuíram para adequação da linguagem, avaliar a forma como as perguntas estavam dispostas no roteiro, o jargão técnico e observar o tempo necessário para realização da entrevista. Além de auxiliar o treino e a apropriação do conteúdo pelo pesquisador, contribuiu para garantir a clareza do vocabulário e a compreensão do significado de cada questão. Observou-se a compreensão das perguntas por parte do entrevistado sendo necessária apenas a reorganização da ordem das questões apresentadas para melhor condução da entrevista.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A entrevista ocorreu individualmente com o familiar do paciente que esteve internado em UTI, considerando os critérios de inclusão, nos meses de outubro e novembro de 2014. As entrevistas foram realizadas em local reservado dentro da própria instituição HU/UFSC, com vistas a

facilitar o acesso e a participação dos sujeitos da pesquisa e garantir a privacidade do familiar e o sigilo das informações prestadas.

Para registro das informações obtidas com as entrevistas foi utilizado como principal recurso a gravação direta, que possibilitou a transcrição literal e consequente recuperação na íntegra do depoimento dos participantes. O número de entrevistas foi determinado considerando a amostragem por saturação, a qual é um instrumental conceitual constantemente utilizado em pesquisas de abordagem qualitativa em diferentes áreas, inclusive no campo da Saúde. A avaliação da saturação teórica é realizada desde o início da coleta de dados, a partir de um processo continuado de análise dos dados obtidos com as entrevistas, no qual se pretende identificar o momento em estes dados passam a ser redundantes ou repetitivos e então deixa de ser relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). Nesta pesquisa, observou-se a saturação teórica com dez entrevistas, considerando que o objetivo era compreender as informações que caracterizariam o grupo e não o conhecimento aprofundado de cada participante, pois nesse caso, a saturação se daria em outro nível e, hipoteticamente, poderia nunca ocorrer.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas qualitativamente utilizando a proposta de análise temática categorial de conteúdo de Bardin (2009), que se caracteriza pela seleção dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência possuam significado dentro do objetivo proposto. Tem como objetivo interpretar as comunicações a partir da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto. Esta forma de análise se dá em três etapas, são elas: a) pré-análise; b) exploração do material ou codificação; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

A pré-análise objetiva a organização e sistematização dos documentos para posterior análise, nesse momento é realizada a “leitura flutuante”, que se caracteriza pelo contato exaustivo com o material visando conhecer seu conteúdo. A partir do conhecimento, compreensão do texto e das impressões do pesquisador é possível identificar quais são os conteúdos significativos. Os dados brutos são transformados, adquirem significação teórica e são agrupados em unidades, gerando os “núcleos temáticos”, suas categorias, subcategorias e elementos de análise para o tratamento dos dados e interpretação (BARDIN, 2009).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos pelo parecer de número 318.758 e CAAE de número 15286313.7.0000.0121 (ANEXO 2), bem como cumpriu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o Código de Ética Profissional dos Psicólogos. De acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, somente serão incluídos na pesquisa os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual deve evidenciar os objetivos da pesquisa, os potenciais riscos e benefícios, a autonomia de escolher participar ou não, assim como a garantia de sigilo da identidade e do acesso aos resultados. Como risco foi prevista a mobilização de emoções e sentimentos negativos vinculados ao processo de adoecimento e internação em UTI de um ente querido e se propôs solucioná-lo a partir da escuta qualificada e acolhimento da demanda pela pesquisadora, que é psicóloga, com posterior encaminhamento para atendimento pelo Serviço de Psicologia da instituição, caso necessário. No entanto, durante a coleta de dados, observou-se que não foram necessários encaminhamentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características dos familiares entrevistados, bem como dos pacientes, crianças e adolescentes mencionados nesta pesquisa estão apresentados no quadro 1. O tempo de duração das entrevistas variou entre 13 e 41 minutos, tendo a média de 26 minutos.

Quadro 1 – Características dos familiares, pacientes, crianças e adolescentes. Florianópolis, 2015 (continua).

Familiares	Participante	F1	F2	F3	F4	F5
	Sexo	F	F	F	F	M
	Idade	60	30	26	30	41
	Relação com o paciente	Esposa	Esposa	Filha	Filha	Esposo
Pacientes	Paciente	P1	P2	P3	P4	P5
	Sexo	M	M	M	M	F
	Idade	70	32	65	61	40
	Tempo de internação	10 dias	1 dia	1 dia	10 dias	29 dias
	Condição	Oscila - L,O,C; S	L,O,C	L,O,C	Oscila - L,O,C; S	Oscila - CM; L, O, NC
Crianças – adolescentes	Relação com o paciente (idade)	N (1, 1, 11, 12)	FH (8, 12)	N (7)	FH (8); N (1, 4)	FH (7, 14, 15); S (10)
	Foram visitar na UTI	Sim	Não	Não	Não	Sim
	Relação com o paciente (idade) dos que realizaram a visita	N (11)	-	-	-	FH (10, 14, 15)

Quadro 1 – Características dos familiares, pacientes, crianças e adolescentes.
Florianópolis, 2015 (conclusão).

Familiares	Participante	F6	F7	F8	F9	F10
	Sexo	F	F	M	F	F
	Idade	30	72	35	75	48
	Relação com o paciente	Esposa	Esposa	Esposo	Esposa	Esposa
Pacientes	Paciente	P6	P7	P8	P9	P10
	Sexo	M	M	F	M	M
	Idade	31	79	29	81	54
	Tempo de internação	12 dias	12 dias	3 dias	10 dias	1 dia
	Condição	Oscila - L,O,C; CM	Oscila - L,O,C; S	L,O,C	Oscila - L,O,C; SN; CM	Oscila - L,O,C; SN
Crianças – adolescentes	Relação com o paciente (idade)	FH (8)	N (14, 15, 16)	FH (3)	N (15, 16, 17)	FH (15); N (1, 4, 10)
	Foram visitar na UTI	Não	Sim	Não	Sim	Sim
	Relação com o paciente (idade) dos que realizaram a visita	-	N (14, 15, 16)	-	N (15)	FH (15)

Legenda: M=Masculino; F=Feminino; L=Lúcido; O=Orientado; C=Comunicativo; S=Sedado; CM=Confusão Mental; NC=Não Comunicativo; SN=Sonolento; FH=Filho(a); N=Neto(a).

Fonte: A autora, 2015.

A análise de dados obtidos nas entrevistas gerou os núcleos temáticos e as categorias apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Apresentação dos núcleos temáticos e categorias que emergiram na análise. Florianópolis, 2015.

Núcleos Temáticos	CATEGORIAS
1. Visita de familiares em UTI adulto	1.1 Rede de apoio
	1.2 Sentimentos despertados
	1.3 Repercussões no cotidiano familiar
	1.4 Relação entre equipe - paciente - família
	1.5 Regras
2. Vivência acerca da visita de crianças e adolescentes aos pacientes internados em UTI adulto	2.1 Comunicação com a criança e adolescente
	2.2 Tomada de decisão sobre a visita
	2.3 Manejo da visita
	2.4 Repercussões da visita
3. Entendimento sobre a visita de crianças e adolescentes em UTI adulto	3.1 Repercussões emocionais da visita
	3.2 Preocupações em relação à visita
	3.3 Recomendações sobre a visita

Fonte: A autora, 2015.

Em cumprimento às normativas do Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, a apresentação e discussão dos resultados deste estudo serão apresentadas em forma de três manuscritos, de forma que cada um deles contemplará um dos núcleos temáticos. Mediante apresentação deste trabalho em banca examinadora e devida aprovação os manuscritos serão submetidos às devidas correções e enviados posteriormente para publicação em periódico indexado.

5.1 MANUSCRITO 1: COMPREENSÃO DE FAMILIARES ACERCA DA VISITAÇÃO E REGRAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Resumo

Este estudo objetivou caracterizar a compreensão dos familiares quanto à visita e às regras de visitação em UTI. Entre outubro e novembro de 2014, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez familiares de pacientes que estiveram internados na UTI. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise qualitativa dos dados de acordo com a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2009). Os resultados

demonstraram a função da família como rede de apoio para seus membros. Observou-se que sentimentos como medo, angústia e tranquilidade emergiram a partir da visita e que a hospitalização provoca repercussões nas esferas de vida pessoal e profissional dos familiares. A relação com a equipe foi tida como satisfatória, evidenciando aspectos da qualidade do atendimento recebido. As regras de visitação foram indicadas como necessárias, no entanto a maior flexibilidade das mesmas foi considerada relevante frente situações especiais.

Palavras-chaves: Unidade de Terapia Intensiva. Visitas a pacientes. Relações profissional-família. Atitude do pessoal de saúde.

Introdução

O adoecimento, por si só, causa um impacto emocional na família, quando está associado à internação hospitalar e em especial à internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este impacto ocorre tendo em vista que o paciente está em estado grave ou potencialmente grave e necessita de cuidados intensivos. A família possui um papel importante ao longo deste processo podendo contribuir na adaptação do paciente ao tratamento e representando o elo deste com o mundo externo ao hospital, reassegurando sua identidade. Entretanto, para que possa ter suas necessidades atendidas e oferecer suporte para o paciente, a família também carece dos cuidados da equipe de saúde (GIBAUT et al., 2013; SILVA et al., 2012; PUGGINA et al., 2014; COSTA et al., 2010; URIZZI et al., 2008; BECCARIA et al., 2008). Neste trabalho, a família é compreendida em sua multiplicidade de composições, incluindo os laços consanguíneos ou não, mas especialmente os sentimentos de pertença e os vínculos afetivos, assim como a intimidade e proximidade entre seus membros (CERVENY; BERTHOUD, 2009).

A internação em UTI é um evento considerado estressante pelos familiares que acompanharam este processo (COSTA et al., 2010; BECCARIA et al., 2008). Segundo a pesquisa realizada por Silva et al. (2012) com profissionais de saúde, os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), visita aberta, a ambiência e o acolhimento, ainda não foram implementados na UTI pesquisada, o que as autoras alertam poder ser uma realidade também em outras UTIs do Brasil. As UTIs, tradicionalmente, possuem estrutura fechada, com políticas de visitação restritivas, limitando a presença de familiares (HUNTER et al., 2010; ANZOLETTI et al., 2008; GIANNINI, 2007). Ramos et al. (2014) observou o mesmo em relação ao contexto brasileiro e não identificou

diferenças significativas entre os hospitais públicos e privados.

Historicamente, os visitantes foram percebidos como responsáveis pelo aumento do barulho e risco de trazer infecção, ocupando espaço e dificultando o trabalho da equipe de assistência (GIBSON et al., 2012; BERTI et al., 2007; FARRELL et al., 2005; QUINIO et al., 2002). No entanto, as evidências sugerem os benefícios da visita tanto para os pacientes quanto para a equipe, melhorando a saúde emocional dos pacientes e fornecendo informações importantes para a equipe, o que favorece um cuidado mais individualizado (SOUZA, 2010; ZINN; SILVE; TELLES, 2003). Não foi encontrada evidência de que os visitantes representem um risco direto de infecção para os pacientes (ADAMS et al., 2011; FUMAGALLI et al., 2006; TANG et al., 2009), nem há base científica que justifique a restrição do acesso dos visitantes para UTIs (GIANNINI, 2007).

Outro destaque se dá ao fato de que foi encontrada uma disparidade entre o que a equipe de enfermagem acredita por serem as melhores práticas e o que os pacientes e visitantes realmente preferem. Embora os aspectos positivos da visita sejam ressaltados, Carroll e Gonzalez (2009) afirmam que alguns pacientes consideram a visita um elemento que dificulta o descanso e intensifica a dor. Por isso, Gibson et al (2012) afirmam que é importante respeitar os direitos do paciente e permitir que eles decidam se desejam ou não receber visitas.

Os visitantes sentem a necessidade de serem reconhecidos e se sentirem bem-vindos pela equipe. Além disso, destaca-se a necessidade de uma sala de espera confortável, disponibilidade de água, banheiro e uma sala reservada para as conversas com a equipe (RAMOS et al., 2014; KUTASH; NORTHROP, 2007; FRIDH et al., 2009). Porém, o estudo de Puggina et al (2014) aponta que os familiares ainda não têm suas necessidades atendidas pelos profissionais de saúde na UTI pesquisada. Os familiares têm necessidade de sentir segurança (PUGGINA et al., 2014; COSTA et al., 2010), e para que isso seja efetivado, a intervenção da equipe é necessária, no sentido de disponibilizar informações para a família, pois na medida em que eles se sentem seguros, podem colaborar também com o bem-estar do paciente (PUGGINA et al., 2014; BECCARIA et al., 2008; VILA; ROSSI, 2002). O estudo de Gibaut et al. (2013) constatou a necessidade de a equipe demonstrar mais interesse pela condição e necessidades do familiar, visto que a maioria dos 250 familiares entrevistados sentiram-se nada ou pouco confortáveis com a manifestação de interesse da equipe e com as regras da visitação ao paciente internado.

Incorporar a visita de familiares ao paciente internado em UTI é

uma prática complexa que requer um equilíbrio entre as necessidades dos familiares em relação ao acesso às informações e ao ente querido e as necessidades da equipe para gerenciar e prestar os cuidados com qualidade ao paciente (SIMONETTI, 2011; AGARD; LOMBORG, 2010; FARRELL et al., 2005). Farrell et al (2005) apontam as dificuldades encontradas por profissionais para prestar assistência às necessidades do paciente e de sua família e indica que as necessidades fisiológicas, de saúde e de segurança do paciente estão em primeiro plano. Nesse contexto, a atuação de outro profissional com conhecimento e experiência acerca das necessidades dos familiares nesta condição poderia auxiliar o trabalho dos enfermeiros, possibilitando que estes se dediquem especialmente ao cuidado do paciente instável (SILVA et al., 2012; FARRELL et al., 2005). Um profissional que poderia auxiliar no atendimento aos familiares é o psicólogo (FERREIRA; MENDES, 2013; BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010).

Considerando a participação da família no contexto de UTI e sua implicação na saúde integral do paciente, este trabalho objetivou caracterizar a compreensão dos familiares em relação à visita e às regras de visita em UTI adulto.

Método

O estudo teve enfoque descritivo exploratório e foi realizado em um hospital escola localizado no sul do país, o qual possui 271 leitos distribuídos em diferentes unidades: emergência, maternidade, pediatria, clínicas médicas, clínicas cirúrgicas e UTI (neonatal e adulto). A UTI desta instituição possui 14 leitos e uma equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudióloga, assistente social, psicóloga e nutricionista.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (Parecer de número 318.758; CAAE: 15286313.7.0000.0121) por meio de entrevista semiestruturada sobre a visita de familiares aos pacientes internados em UTI e as regras de visita. Foram realizadas duas perguntas: a) Como foi a visita dos familiares ao paciente durante o período de internação na UTI? b) O que você achou das regras em relação à visita na UTI?

Foram entrevistados dez familiares de pacientes de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão. (1) idade superior a 18 anos; (2) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (3) ter um

familiar que permaneceu internado na UTI por pelo menos um dia, recebeu visitas durante a internação em UTI e tem familiar menor de 18 anos, sendo que após alta da UTI esteve internado em alguma das enfermarias da instituição no período de coleta de dados; (4) participante deve ter vínculo de consanguinidade ou de afinidade com o familiar menor de 18 anos do paciente. Foram excluídos da pesquisa os casos mais graves que evoluíram para óbito durante o período de internação em UTI.

O número de entrevistas foi estabelecido por saturação de conteúdo. As entrevistas foram realizadas em local reservado, dentro da própria instituição, nos meses de outubro e novembro de 2014. Os familiares foram entrevistados após o paciente ter alta da UTI, enquanto o mesmo ainda estava internado nas enfermarias clínicas ou cirúrgicas. As entrevistas foram transcritas e os dados analisados qualitativamente de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2009), a qual ocorre em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material ou codificação; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta análise objetiva selecionar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e possuam significado dentro do objetivo proposto (BARDIN, 2009).

Apresentação e discussão dos resultados

A análise dos dados coletados a partir das entrevistas evidenciou cinco categorias, a) Rede de apoio; b) Sentimentos despertados; c) Repercussões no cotidiano familiar; d) Relação equipe – paciente – família; e) Regras.

A categoria “**Rede de apoio**” diz respeito ao papel que os membros de uma família têm como fonte de suporte uns para os outros e como a visita pode trazer benefícios nesse sentido. Os relatos dos participantes demonstraram sua função de amparo aos pacientes hospitalizados e também o quanto a proximidade com o paciente contribui com a melhora do estado emocional do familiar. Essa reciprocidade no apoio é possível de ser observada nos fragmentos apresentados a seguir.

“É bacana, é um incentivo para o paciente (...) A pessoa se sente mais animada, é legal, acho que o paciente precisa”. (F8)

“(…) é bom poder visitar. Saber como que está, porque dizer é uma coisa, mas poder ver, olhar para ele é diferente”. (F3)

Os benefícios da visita para pacientes e familiares são abordados

em outros trabalhos, ressaltando a importância das instituições possuírem políticas abertas ou ao menos mais flexíveis em relação à visitação (BECCARIA et al., 2008; ZINN; SILVA; TELLES, 2003). Além disso, o envolvimento da família é também um passo importante no processo de humanização (VILA; ROSSI, 2002; DEZORZO; CAMPONOGARA; VIEIRA, 2002). No entanto, Ramos et al (2014) destaca que para que isso possa ser efetivado na prática, é necessário que as instituições invistam também em infraestrutura para acolher os familiares.

A segunda categoria engloba os “**sentimentos despertados**” pela visita nos participantes. Foram mencionados, pela maioria dos participantes, sentimentos de medo, tristeza, desespero e angústia, os quais estavam associados tanto com o estado crítico de saúde do paciente, quanto com o ambiente de UTI e com o momento da comunicação com a equipe.

“Todo mundo que foi ver ele saía de lá chorando, mas não perto dele, saíam de lá chorando porque é difícil ver o pai assim nessa situação e ninguém gostaria de perder”. (F9)

“A UTI acho que o pior lugar que tem no hospital. UTI é terrível, dá medo, porque estar na UTI é estar correndo risco”. (F2)

“(…) era um pouco angustiante porque recebia o boletim”. (F1)

A emergência desses sentimentos é confirmada por outros estudos (FERREIRA; MENDES, 2013; COSTA et al., 2010; BECCARIA et al., 2008) e demonstra a necessidade de o familiar ser entendido como uma extensão do paciente, já que ele também sofre um impacto emocional decorrente da hospitalização (SOUZA, 2010). Observa-se que a equipe multiprofissional pode contribuir para a diminuição da ansiedade vivenciada pelos familiares ao oferecer informações completas e frequentes a eles (FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012; BECCARIA et al., 2008). Estudos demonstram que a atuação do psicólogo pode contribuir com a equipe nessas questões (FERREIRA; MENDES, 2013; MOREIRA; MARTINS; CASTRO, 2012; SANTOS; ALMEIDA; JUNIOR, 2012; SANTOS et al., 2011) por ser um profissional capacitado para lidar com esse tipo de sentimento. Sentimentos de tranquilidade e esperança relacionados à comunicação com a equipe e à possibilidade de estar próximo ao paciente e acompanhar seu processo de tratamento também foram mencionados, o que corrobora o estudo de BECCARIA et al (2008) e indica a

necessidade de a equipe estar preparada para receber e se comunicar de forma adequada com os familiares.

Foi possível observar que as características familiares podem interferir na forma como seus membros vivenciam a situação atual, por exemplo, a religião ou crença espiritual da família pode ser compreendida na fala de alguns participantes como um recurso que auxilia no enfrentamento da situação, facilitando a compreensão e explicação acerca do processo de adoecimento, bem como já apresentado no trabalho de Schleder et al (2013). Para ajudar a enfrentar esse momento, um dos participantes (F10) mencionou também a importância do atendimento psicológico, conforme apresentado a seguir, o que respalda outros estudos que destacam a relevância da atuação do psicólogo junto aos familiares dos pacientes internados em UTI (FERREIRA; MENDES, 2013; BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2003).

“Eu como esposa, hoje pra enfrentar tudo isso, eu preciso de ajuda psicológica. Hoje consulto com uma psicóloga, porque eu preciso estar bem pra poder ajudar ele. Por que é uma doença difícil, onde tem várias etapas e mexe muito com o emocional da gente, a gente como família fica com o emocional bem abalado, principalmente o companheiro, aquele que está ali lado a lado”.
(F10)

A terceira categoria “**Repercussões no cotidiano familiar**” demonstrou as repercussões que a hospitalização em UTI provoca no cotidiano dos familiares, reiterando que eles também sofrem o impacto da internação. Foi possível observar as interferências da hospitalização na vida pessoal e profissional dos participantes, exemplificado pelos participantes pela interrupção do trabalho ou afastamento do lar para acompanhar de perto a internação, especialmente nos casos em que a família era procedente de outra cidade. Além disso, verificou-se no relato de alguns participantes a aproximação familiar e revezamento dos membros da família na realização das visitas, enquanto outros relataram a sobrecarga por ser o principal responsável pelo acompanhamento do paciente naquele momento. Observou-se também que as funções previamente realizadas pelo paciente, tiveram que ser reorganizadas e realizadas por outro membro da família após a internação.

“Mas assim no momento do corre-corre todo mundo abandonou tudo e ficou em função dele. (...) então a gente faltou trabalho, eu estou faltando até agora. (...) Prioridade familiar, é o que

a gente sempre pensou”. (F1)

A exigência de uma reorganização dos papéis e responsabilidades na família para assegurar a realização de suas tarefas bem como prestar a assistência que o paciente necessita durante o processo de adoecimento e hospitalização também é ressaltada por outros autores (BEUTER et al., 2012; FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012; FONSECA, 2004), mas essa tentativa de conciliar as necessidades vinculadas ao lar e ao hospital pode, inclusive, gerar desconfortos e afetar negativamente a família (FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2012; NUNES, DUPAS, FERREIRA, 2010; FONSECA, 2004).

A quarta categoria “**Relação equipe – paciente – família**” envolveu aspectos referentes à qualidade do atendimento realizado pela equipe, como o apoio e atendimento oferecido aos pacientes e familiares.

“Mas eu achei assim que foi um ambiente que fez muito bem pra ele, o pessoal que deu muita força pra ele, o pessoal que trabalha na UTI foi muito legal”. (F9)

“(…) a informação dos médicos para a família (...) eles passam tudo assim pra gente na maior tranquilidade e sempre assim tentando, eu não sei se é tentando ou se é a prática ou se já estão acostumados e já fazem assim. Sempre tentando passar o melhor para a gente dizendo que o nosso familiar está bem, que ali ele vai estar bem cuidado. Então assim para mim é perfeito”. (F10)

Nestes exemplos, evidencia-se a necessidade do paciente se sentir seguro em relação ao atendimento que é prestado pela equipe (PUGGINA et al., 2014; COSTA et al., 2010) e como a possibilidade de acompanhar de perto a recuperação e a comunicação da equipe auxiliam a desenvolver o sentimento de segurança nos familiares (PUGGINA et al., 2014; BECCARIA et al., 2008; VILA; ROSSI, 2002).

A possibilidade de aguardar pela visita no hall de entrada da UTI e de flexibilizar as regras de visita em circunstâncias específicas também foram mencionados por alguns participantes de forma positiva. As circunstâncias mencionadas por eles foram relacionadas à autorização da visita no momento da chegada do paciente na UTI, mesmo quando fora do horário pré-estipulado; possibilidade de permanecer acompanhando o paciente em todo o período; entrada de adolescentes e a entrada de mais de uma pessoa por vez. Destaca-se aqui a influência da história de vida na forma como a visita foi percebida, já que o participante que mencionou a possibilidade de aguardar no

corredor próximo a UTI e a entrada de adolescentes como positivas teve experiência com UTI de outra instituição em que as regras eram mais rígidas em relação à idade mínima de acesso à UTI, restringindo a presença de adolescentes, e os familiares deveriam aguardar pela visita na recepção do hospital.

Estes aspectos ressaltam como o relacionamento com a equipe interfere na avaliação que os familiares fazem da visita em UTI, sendo que a avaliação positiva está associada ao papel da equipe em acompanhar e orientar esse processo, bem como em considerar as circunstâncias individuais para definir a visita (AGARD; LOMBORG, 2010; BECCARIA, 2008). Além disso, mesmo considerando que na UTI pesquisada é possível aguardar no corredor próximo à UTI, pode-se constatar que a estrutura física das UTIs nem sempre é adequada para receber os familiares, embora a necessidade de uma sala e espera confortável e uma sala reservada para a comunicação com a equipe tenha sido identificada em outras pesquisas (RAMOS et al., 2014; PUGGINA et al., 2014; KUTASH; NORTHROP, 2007; FRIDH et al., 2009).

Em relação à quinta categoria “**Regras**”, observou-se que embora tenha sido comentado que o tempo e os horários de visita são muito restritos, a maioria dos participantes mencionou a importância da existência das regras considerando o risco de contaminação e o fato de que nem sempre os familiares estão preparados para realizar a visita. Mencionaram que a permanência de um acompanhante nesse contexto poderia prejudicar o trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, comprometer a assistência ao paciente. Os relatos a seguir indicam semelhanças em relação às preocupações relatadas pelos profissionais quanto à presença do visitante na UTI no estudo de Hunter et al. (2010).

“O acompanhante ali só iria atrapalhar, o paciente passando mal, o acompanhante pode até surtar ali dentro e ai cria confusão”. (F1)

“(…) porque se a gente pensar, quem está de fora, a família pensa - ah só pode entrar um por vez -, se parar pra pensar, tu vai pra UTI porque tu não está bem, tu vai porque já táis num estado muito crítico, e se acontece qualquer coisa a maioria das pessoas não é preparada”. (F4)

Outros autores mencionaram o risco de infecção e o prejuízo ao trabalho da equipe como justificativas para a restrição das visitas em UTI (GIBSON et al., 2012; BERTI et al., 2007; FARRELL et al., 2005; QUINIO et al., 2002). A aprovação dos participantes desta pesquisa em

relação às regras quanto aos horários de visita e o desejo de flexibilização em situações especiais também foram salientados no estudo de Beccaria et al (2008). Nota-se nos trechos apresentados que a preocupação em relação à permanência de um familiar na UTI está relacionada ao fato de que eles não se sentem ou reconhecem na família outras pessoas que não se sentem preparadas para permanecer como acompanhantes. O participante que mencionou a flexibilidade das regras por ter permanecido como acompanhante apontou a seguinte justificativa para isso.

“Na segunda vez nós ainda rimos, porque na UTI não pode ficar acompanhante, mas da segunda vez [que o paciente ficou internado na UTI] eles deixaram ficar, eu fiquei duas noites e um dia com ele direto na UTI porque o problema dele é aquela sensação de afogado, de estar se afogando ai tu tem que tá toda hora abanando, porque a pessoa não para (...) eu também sou técnica de enfermagem, (...) ai a gente já entende um pouquinho, já consegue ajudar um pouco mais, ai elas ainda disseram, - tu ainda ficas porque tu entendes bem -, porque ninguém fica de acompanhante na UTI, isso não existe”. (F4)

Nesse exemplo, é possível observar que a presença de um acompanhante auxiliaria o paciente a se sentir seguro e também é possível notar a importância da preparação para a entrada e permanência do familiar em UTI. O despreparo do visitante, juntamente com a falta de estrutura física para os familiares nas UTIs, pode estar contribuindo para manter a prática de restrição das visitas em UTI.

Considerações finais

Observou-se que a participação dos familiares no processo de hospitalização é percebida por eles como importante tanto para si quanto para os pacientes, ressaltando a função que os membros da família têm como fonte de apoio uns para os outros. No entanto, o envolvimento nesse processo desperta sentimentos, como medo, tristeza e desespero, os quais podem ser minimizados com a intervenção da equipe multiprofissional. Além disso, percebeu-se que a hospitalização do paciente provocou repercussões nas esferas de vida pessoal e profissional dos demais familiares e que o bom relacionamento entre a equipe, o paciente e a família contribui para a avaliação positiva da situação vivenciada. Quanto à restrição das visitas em UTI, observou-se

que esta regra foi considerada importante e que os familiares não se sentem preparados para acompanhar a internação.

Os resultados do presente estudo contribuem para a discussão sobre relação entre a equipe de saúde e os familiares dos pacientes atendidos em UTI e sobre as repercussões da visita em si, suas possibilidades e implicações, tendo em vista as repercussões emocionais e no cotidiano familiar que a hospitalização em UTI provoca nos familiares. Afinal, os familiares também demonstram sofrimento e buscam a conciliação entre suas necessidades pessoais e as necessidades do paciente hospitalizado.

Destaca-se que as regras de visitação, apesar de serem consideradas relevantes pelos familiares, devem considerar as circunstâncias individuais e a singularidade dos envolvidos. A complexidade deste fenômeno e a interação entre os envolvidos devem ser privilegiadas, buscando a conciliação entre suas necessidades. A implementação de políticas de visitação abertas ou mais flexíveis ainda não é uma realidade na maioria das UTIs, no entanto acredita-se que a reflexão sobre a temática pode contribuir para o desenvolvimento de novas práticas em saúde. Outros estudos que avaliem os riscos e os benefícios da ampliação da visita no contexto de UTI, bem como estudos que envolvam os demais envolvidos nesse processo, como os profissionais de saúde e o próprio paciente, se fazem necessários para aprofundar a discussão.

5.2 MANUSCRITO 2: VISITA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UTI ADULTO: VIVÊNCIA DE FAMILIARES

Resumo

A visita de familiares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é amplamente discutida na literatura, no entanto a entrada de crianças e adolescentes nesse contexto ainda não é uma prática frequente. Esta pesquisa objetivou identificar a vivência de familiares em relação à comunicação, tomada de decisão e manejo da entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados em UTI adulto. A abordagem deste estudo foi qualitativa, em outubro e novembro de 2014 foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez familiares de pacientes que estiveram internados em UTI. Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2009), emergindo quatro categorias: Comunicação com a criança e adolescente; tomada de decisão sobre a visita; manejo da visita e repercussões da visita. A

comunicação dos participantes com as crianças e adolescentes foi aberta, respeitando o nível de compreensão que acreditavam que os mesmos tinham. A tomada de decisão dependeu da inter-relação entre o desejo da criança ou adolescente em ir visitar, o estado clínico do paciente, o imaginário de que a visita de crianças não é permitida em UTI e o posicionamento da equipe. Cinco familiares permitiram a visita de crianças ou adolescentes. Em relação ao manejo, todos destacaram a importância da preparação antes da visita. O acompanhamento durante e após a mesma também foi mencionado por alguns. O estabelecimento de diretrizes claras nas instituições, assim como a capacitação dos profissionais acerca da visita de crianças poderia contribuir para a prática em saúde.

Palavras-chaves: Unidade de Terapia Intensiva. Visitas a pacientes. Criança. Adolescente. Relações profissional-família.

Introdução

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão os pacientes em estado grave ou potencialmente grave e os recursos tecnológicos e humanos especializados disponíveis para seu tratamento. O adoecimento e a necessidade de hospitalização em UTI desencadeiam uma série de reações emocionais no paciente e em sua família, como tristeza, ansiedade e medo. Neste trabalho, a família é compreendida a partir dos vínculos afetivos e do sentimento de pertença existente entre seus membros, podendo incluir ou não os laços de consanguinidade (CERVENY; BERTHOUD, 2009). De qualquer forma, além dos adultos, as crianças e adolescentes podem estar presentes na composição familiar dos pacientes internados e, assim como o restante da família, sofrem o impacto emocional de ter um familiar internado em UTI (KEAN, 2009; KNUTSSON et al., 2008).

As crianças são capazes de perceber e buscam saber sobre as mudanças na dinâmica familiar (SENGIK; RAMOS, 2013; KEAN, 2009; CASTRO; PICCININI, 2002; TORRES, 1999). Este aspecto é corroborado pela pesquisa de Rozdilsky (2005) a qual evidenciou que as crianças demonstraram estar atentas à comunicação indireta e que, muitas vezes, essa é sua forma de conhecer mais sobre a doença, ou seja, elas percebem o que ocorre em sua família, observam as conversas dos adultos, assim como suas expressões faciais. A exclusão das crianças na comunicação acerca do processo de adoecimento e hospitalização é pontado em diferentes estudos (GABARRA; CREPALDI, 2011; NOVA

et al., 2005; ARMELIN et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2004). A omissão ou distorção da informação pode ocorrer com o objetivo de proteger as crianças e adolescentes do possível sofrimento emocional (KEAN, 2009) e pela dificuldade do adulto em lidar com essa situação (SENGIK; RAMOS, 2013). No entanto, ao não conversar sobre o que a criança percebe a sua volta, suas percepções permanecem carentes de significados e o intuito dos adultos para proteger a criança pode inclusive prejudicar o desenvolvimento emocional da mesma (ROZDILSKY, 2005).

O vínculo com a criança e a fala de forma gradativa, honesta, com linguagem simples e clara pode facilitar a comunicação com a criança (LIMA; KOVACS, 2011; GABARRA; CREPALDI, 2011). Cartilhas informativas também podem ser de grande ajuda na interação da equipe/família/criança e na comunicação sobre aspectos da doença (COSTA JR et al., 2001; GABARRA; CREPALDI, 2011; SCHMIDT et al., 2013). A dificuldade da comunicação com a criança inclui os profissionais de saúde (NOVA; VEGNI; MOJA, 2005; PEROSA; RANZANI, 2008; TATES; MEEUWESEN, 2001). Perosa e Ranzani (2008) observaram em sua pesquisa que aproximadamente metade dos médicos entrevistados relatou que o tema “comunicação de más notícias à criança” foi abordado durante a graduação, mas somente a minoria referiu ter recebido capacitação com instruções mais específicas de como lidar com essas situações. Estes autores discutem a necessidade de que novas estratégias de ensino e novos conhecimentos científicos sejam contemplados nos cursos de formação em medicina para instrumentalizar a comunicação médico-paciente. Como exemplo, sugerem o *role-playing*, que inclui além do conhecimento científico, fatores de cunho ético e legal e também fatores emocionais.

Gabarra e Crepaldi (2011) não restringem a discussão à educação do corpo médico e ressaltam a necessidade de educação para toda a equipe de saúde, embora também reconheçam que são poucos os cursos na área da saúde que capacitam os futuros profissionais para esta atividade específica. As autoras destacam que a aprendizagem sobre psicologia do desenvolvimento pode auxiliar na comunicação com as crianças, na forma de lidar com o conteúdo expresso por elas e no relacionamento da equipe não somente com as crianças, mas também com os demais familiares.

Knutsson, Otterberg e Bergbom (2004) analisaram os dados de 56 enfermeiros chefes de diferentes UTIs da Suécia que aceitaram participar da pesquisa em relação às recomendações sobre as visitas das crianças aos pacientes internados nestas unidades. Eles observaram que

apenas uma instituição contava com uma política específica, ou seja, com recomendações por escrito que eram transmitidas aos familiares, juntamente com orientações verbais, acerca da visitação de crianças na unidade e que em 16 UTIs (28%) as recomendações eram repassadas apenas verbalmente. De forma que 70% das instituições pesquisadas não continham qualquer recomendação específica quanto a isso.

Outras pesquisas (RAMOS et al., 2014; GIBSON et al., 2012; ANZOLETTI et al., 2008; VINT, 2005a; VINT, 2005b; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004) indicam que as políticas de visitação para crianças não são frequentes nas diferentes UTIs ao redor do mundo. Essa omissão não significa que a equipe tenha falhado em reconhecer as necessidades das crianças que desejam visitar os adultos internados na unidade, no entanto representa a carência de um plano de ação nesses casos (VINT, 2005a) e pode estar contribuindo com o despreparo dos profissionais para lidar com a ‘inesperada’ visita das crianças (GIBSON et al., 2012).

Borges, Genaro e Monteiro (2010) ressaltam alguns aspectos que devem ser avaliados no processo de tomada de decisão a respeito da entrada ou não de uma criança para visitar um familiar internado em UTI. São alguns deles: a motivação da criança para visitar o paciente; condição clínica do paciente e sua gravidade, grau de parentesco e qualidade da relação afetiva entre a criança e o paciente, maturidade emocional da criança e seu entendimento sobre o processo de doença e internação e a rede de apoio familiar.

Na maioria das unidades pesquisadas por Knutsson, Otterberg e Bergbom (2004) esta decisão era usualmente tomada pelos enfermeiros considerando as circunstâncias individuais e que, em algumas situações, os enfermeiros discutiam a situação entre si antes de decidir. Em apenas oito UTIs (14%) essa decisão cabia exclusivamente à família. Outra pesquisa realizada com 30 pais que tiveram os filhos visitando um familiar internado em UTI adulto apontou que, na maioria dos casos, foram os próprios pais e seus filhos que iniciaram a visita, de forma que muitas crianças não tiveram qualquer acompanhamento por parte da equipe e a responsabilidade em oferecer uma informação adequada às crianças ficou sob a responsabilidade dos próprios pais (KNUTSSON; BERGBOM, 2007).

O preparo psicológico para a visita é ressaltado, destacando-se a importância de oferecer informações adequadas sobre o ambiente físico da UTI e sobre a condição e aparência do paciente e capacidade do mesmo para falar, ouvir e compreender e responder suas dúvidas antes, durante e após a visita (VINT, 2005a, 2005b; KNUTSSON;

OTTERBERG; BERGBOM, 2004; ROZDILSKY, 2005; KNUTSSOM et al., 2008; KEAN, 2010; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; BARKER; NIESWIADOMY; ARNOLD, 1998).

Na pesquisa de Knutson et al. (2008) as crianças e os pais identificaram como benefícios da visita o fato de ter a garantia de que o paciente estava vivo, poder ver sua condição e ter a oportunidade de expressar e compartilhar seus sentimentos. Além disso, mesmo podendo achar a experiência assustadora, sintomas de ansiedade e os sentimentos relacionados ao abandono e medo da morte podem ser reduzidos à medida que as visitas são permitidas (ANZOLETTI et al., 2008; CLARKE; HARRISON, 2001; DAVIDSON et al., 2007; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; VINT, 2005b). Nos casos em que o paciente está lúcido, é possível também que a visita da criança traga alegria e sentimento de esperança para o paciente representando um elo deste com o mundo externo (JOHNSON, 1994; VINT, 2005b) e pode auxiliar os pacientes a se sentirem seguros (HUPCEY, 2000).

Outro estudo aponta que crianças participativas do processo de adoecimento e hospitalização têm demonstrado, a partir dos familiares, o desejo de visitar seus entes hospitalizados (JOHNSON, 1994). Porém, muitas vezes com o intuito de proteger as crianças, os adultos as excluem desse momento que seria capaz de proporcionar crescimento e desenvolvimento, se bem conduzidos por profissionais da equipe de saúde e familiares (KEAN, 2009, 2010; KNUTSSON et al., 2008; BARROS, 2003).

A observação participante da autora¹ e as contribuições da literatura (GIBSON et al., 2012; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; HUPCEY, 2000) permitem pressupor que a entrada de crianças e adolescentes para visitar seus familiares adultos internados em UTI desperta opiniões distintas na equipe de saúde e nos familiares envolvidos, principalmente no que diz respeito a tomada de decisão e ao manejo desta entrada sem causar danos emocionais à mesma, o que contribui para a indefinição de regras específicas para conduzir essas situações.

Tendo em vista que conhecer os envolvidos nesse processo é essencial para subsidiar a construção de protocolos de intervenção, este

¹ A observação participante ocorreu durante a inserção na rotina da UTI, durante o período em que foi acadêmica do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde/UFSC.

estudo se propõe a conhecer mais sobre os familiares e tem por objetivo identificar a vivência dos familiares em relação à tomada de decisão e ao manejo da entrada de crianças e adolescentes em UTI adulto.

Método

Caracterização da pesquisa: A abordagem deste estudo é qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo ocorreu em um hospital escola do sul do país, o qual atende exclusivamente por meio do Sistema Único de Saúde. A UTI desta instituição possui 14 leitos e conta com uma equipe composta por profissionais da medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, assistência social, fisioterapia e fonoaudiologia.

Participantes: Participaram da pesquisa dez familiares dos pacientes de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão: a) ter idade superior a 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) ter um familiar que permaneceu internado por pelo menos um dia na UTI adulto, recebeu visita de familiares e que tinha crianças ou adolescentes em sua família, o paciente deve ter recebido alta da UTI e permanecido internado em uma enfermaria da mesma instituição durante o período de coleta de dados; c) o participante deve ter vínculo de consanguinidade ou de afinidade com o familiar menor de 18 anos do paciente. Foram excluídos os familiares dos pacientes que evoluíram para óbito durante a internação em UTI.

Instrumento: Como instrumento de investigação para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Visando a adequação da forma e conteúdo do instrumento, foi realizada uma entrevista piloto. Em sua forma final, a entrevista foi constituída por um roteiro com as seguintes perguntas: a) Como foi a comunicação com a criança/adolescente acerca do adoecimento e internação hospitalar do paciente?; b) A criança/adolescente foi visitar o paciente durante a internação na UTI? Como foi o processo de decisão a respeito disso e a forma que lidaram com a situação?

Procedimentos: O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 15286313.7.0000.0121). Todos os participantes tinham mais de 18 anos, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2014 e as entrevistas foram realizadas em local reservado dentro da própria instituição, com vistas a facilitar o acesso e a participação na pesquisa, bem como garantir a privacidade do participante e o sigilo das

informações prestadas. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas de forma literal para análise. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 26 minutos e o número de participantes foi estabelecido por saturação de conteúdo.

Análise de dados: Os dados coletados foram analisados qualitativamente utilizando a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2009), que se caracteriza pela seleção dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência possuam significado dentro do objetivo proposto. Esta análise é realizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Apresentação e discussão dos resultados

A identificação dos participantes e suas características quanto ao sexo, idade e relação com o paciente estão apresentadas abaixo, no quadro 1.

Da análise dos dados emergiram quatro categorias: a) Comunicação com a criança e adolescente; b) Tomada de decisão sobre a visita; c) Manejo da visita; d) Repercussões da visita.

Quadro 1 - Apresentação das características dos participantes relativas ao sexo, idade e relação com o paciente internado na UTI. Florianópolis, 2015.

Participante	Sexo	Idade	Relação com o paciente
F1	Feminino	60	Esposa
F2	Feminino	30	Esposa
F3	Feminino	26	Filha
F4	Feminino	30	Filha
F5	Masculino	41	Esposo
F6	Feminino	30	Esposa
F7	Feminino	72	Esposa
F8	Masculino	35	Esposo
F9	Feminino	75	Esposa
F10	Feminino	48	Esposa

Fonte: A autora, 2015.

Em relação à primeira categoria “**comunicação com a criança e adolescente**” observou-se que a maioria dos participantes (n=9) explicitou a importância de estabelecer uma comunicação aberta com os

mesmos, evidenciando os aspectos do adoecimento e da hospitalização. A comunicação aberta, segundo Bowen (1998), seria a comunicação existente em relacionamentos nos quais o indivíduo está livre para comunicar seus pensamentos internos, sentimentos e fantasias para o outro, e este é capaz de um comportamento recíproco. O trecho a seguir ilustra os elementos de conteúdo e a veracidade das informações compartilhadas por um dos participantes.

“Nós contamos tudo (...) Eu contei que o pai tinha ido lá para a recuperação quando ele saiu da cirurgia porque ele ainda estava correndo risco que o médico falou que ele ia ficar lá para se recuperar um dia ele falou e logo ele ia para o quarto. Ai eu falei para ele e ele ficou contente. Eu abri o jogo com os dois, eles precisam saber tudo.” (F2 para os filhos de 8 e 12 anos).

No entanto, apesar da maioria dos familiares terem contado sobre a doença e o hospital, a forma que cada um encontrou para se comunicar com a criança ou adolescente variou de acordo com a capacidade de compreensão que eles imaginavam que a criança e o adolescente teriam e com a história de cada família. Foi possível observar que a quantidade de detalhes contidos na explicação fornecida pelos familiares aumentou de acordo com a idade dos envolvidos.

“Com a minha [filha], a de 15 [anos], eu não escondo nada dela, eu estou passando tudo que os médicos passam pra mim, eu estou passando pra elas, até porque elas são filhas (...) Mas assim com relação aos netos que são crianças a gente passa assim que o avô tá doente, que o avô foi lá no hospital tomar um sorinho, daqui a pouco já fica bom e vem pra casa.” (F10 se referindo as diferenças na forma de comunicação com a filha de 15 anos e com os netos de 1, 4 e 10 anos).

A exclusão das crianças na comunicação sobre a doença foi evidenciada em diferentes pesquisas (GABARRA; CREPALDI, 2011; NOVA et al., 2005; ARMELIN et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2004). De acordo com a pesquisa de Gabarra e Crepaldi (2011) esse aspecto pode estar relacionado com o fato de que as crianças em idade escolar aparentam ter mais condições de compreensão sobre o adoecimento do que as pré-escolares, de forma que isso pode colaborar para que os profissionais não façam tanto investimento na comunicação com as crianças dessa faixa etária.

Constatou-se que todos os participantes organizaram o conteúdo e

a forma da comunicação com as crianças ou adolescentes baseados naquilo que acreditavam ser a melhor forma de garantir a compreensão do significado das informações fornecidas, sem causar danos emocionais aos mesmos. O exemplo ilustra a estratégia utilizada por um dos participantes para garantir isso.

“A gente passa por alto assim, a mãe está bem assim e deixa eles absorverem, se eles fizerem mais alguma pergunta a gente respeita e responde, se não a gente deixa, até pra não apavorar assim. Nunca falamos apavorando assim tipo dizendo: não, ela não tem mais jeito.” (F5 se referindo a comunicação acerca da gravidade da situação clínica da paciente com os filhos de 7, 14 e 15 anos).

Neste trecho, observou-se o cuidado do familiar ao se comunicar com a criança e com os adolescentes, destacando a importância de transmitir segurança e esperança. Ressalta-se também que as informações foram passadas com cautela, aos poucos, oferecendo o tempo necessário para que as informações pudessem ser absorvidas e compreendidas, aspectos já mencionados em outros trabalhos (LIMA; KOVACS, 2011; GABARRA; CREPALDI, 2011).

Apenas um participante (F8) desta pesquisa não contou para seu filho de três anos sobre o processo de hospitalização da mãe, mas assim como no caso dos outros participantes, observou-se que quando ocorreu a distorção, omissão ou restrição de algumas informações por parte do familiar, estes comportamentos tiveram por objetivo proteger a criança, evitando um possível impacto negativo na vida e no comportamento da criança, bem como pode indicar a dificuldade do adulto em enfrentar a situação.

“Eu nem comento muito pra ele, eu só digo pra ele que eu e a mãe fomos passear. Porque quando eu chego em casa eu digo eu e mãe voltamos de passear. Ele só vê o ferimento na barriga. A gente diz que a mãe caiu e machucou. Ai ele fala a mamãe dodói e bota a mão e olha. Ai a gente diz: - ó tu tem que cuidar porque tu é pequeno, se cair vai machucar. Ele é pequenininho pra entender, se eu falar pra ele que o médico chegou ali e pegou uma faca e cortou ele é capaz de ir lá e fazer a mesma coisa, porque ele é pequenininho e não entende. E tu já pensou a criança e fazer lá igual a mãe fez, ai eu disse pra ele pra ele entender que a

mãe caiu”. (F8 se referindo a comunicação com o filho de 03 anos).

Este controle do acesso da criança à informação quando um de seus familiares está internado na UTI pode estar associado à compreensão dos pais de que a proteção da criança é sua função e tentam protegê-la do possível sofrimento desencadeado pelo contato com esse tipo de informação (KEAN, 2009). No entanto, conforme apresentado nos relatos dos participantes, a criança busca compreender o que está acontecendo a sua volta, o que pode nem sempre ser percebido e reconhecido pelo adulto (KEAN, 2009; CASTRO; PICCININI, 2002), que pode se esquivar de explicar o que está acontecendo à criança ou lhe conta mentiras (SENGIK; RAMOS, 2013). Em ambos os casos, na tentativa de poupá-la, o adulto a deixa insegura, já que a mesma é capaz de perceber as expressões não verbais, as expressões entristecidas e até o silêncio como sinais de que as coisas não estão bem na família (SENGIK; RAMOS, 2013; ROZDILSKY, 2005; TORRES, 1999).

A capacidade da criança em perceber a mudança na rotina familiar e de prestar atenção nas conversas do adulto, percebendo o que acontece a sua volta foi ressaltada por participantes desta pesquisa (F1, F3, F5, F9, F10) e foi um dos aspectos que contribuiu para que a criança fosse incluída na comunicação familiar acerca do adoecimento e hospitalização, conforme apresentado no fragmento a seguir.

“(ele percebe) até porque mudou toda a nossa rotina. Eu tenho que levar ele no colégio, aí tenho que arranjar alguém que busque, por que antes era minha mãe que fazia essa função de buscar pra mim ou meu pai buscava, ficava esse horário. Aí tem todo um planejamento diferente. Aí ele percebe, aí a gente conversa, explica pra ele”. (F3 se referindo ao filho de 7 anos que é neto do paciente e residia com o mesmo).

Um dos participantes (F5) reconheceu o papel, já destacado por Barros (2003), que a comunicação aberta com crianças e adolescentes têm no seu desenvolvimento, destacando que é importante informá-los constantemente e deixá-los a par das mudanças que estão ocorrendo, pois isso facilitaria sua compreensão e adaptação, caso a situação clínica se agrave. Em suas próprias palavras:

“Acho que é interessante ir falando porque depois se acontece alguma coisa eles já tão mais preparados, de uma maneira ou de outra já está havendo uma preparação, olha a mãe tá doente, não está bem, está isso ou não está, depois se

acontece alguma coisa mais grave eu acho que eles vão estar um pouco mais forte pra conseguir aceitar. Saber o que levou a acontecer”. (F5 se referindo aos filhos do paciente de 7, 14 e 15 anos).

A possibilidade de postergar ou prejudicar o desenvolvimento emocional da criança devido à ausência de comunicação sobre o processo de adoecimento com a criança também foi ressaltado por Rozdilsky (2005). Nesse sentido, a comunicação com a criança precisa ser aberta e clara e as explicações do adulto devem corresponder à verdade, considerando a capacidade cognitiva e intelectual correspondente à idade da criança (LIMA; KOVACS, 2011; SCHMIDT et al., 2013).

A dificuldade na comunicação com a criança não é exclusiva dos pais, estudos abrangendo pacientes pediátricos constataram também as dificuldades da equipe de saúde em relação à comunicação com a criança (NOVA; VEGNI; MOJA, 2005; PEROSA; RANZANI, 2008; TATES; MEEUWESSEN, 2001). Este fato pode estar relacionado à falta de capacitação oferecida aos profissionais durante e após a graduação (PEROSA; RANZANI, 2008), e abordagem de questões relativas à psicologia do desenvolvimento poderiam contribuir nesse sentido (GABARRA; CREPALDI, 2011).

Ainda em relação à comunicação, os participantes destacaram os motivos pelos quais consideraram importante conversar com as crianças e adolescentes, metade deles (n=5) ressaltou a curiosidade das crianças e adolescentes como principal fator que motivou a comunicação acerca do adoecimento e hospitalização. O trecho a seguir ilustra a manifestação do desejo da criança em obter informações sobre o que está acontecendo.

“Por que ele não vê, a gente comentou que o pai estava na UTI e ele não viu, daí ele fica sempre pedindo como que o pai ficou lá. (...) Os dois, mais o de 8 pergunta mais, esse pequeno sempre faz mais pergunta.” (F2 em relação aos filhos de 8 e 12 anos)

Neste último trecho a criança demonstra mais curiosidade que o adolescente, já na perspectiva de outro participante (F5), apresentada a seguir, é a filha mais velha quem pergunta e deseja saber mais.

“A outra que tem 15 anos, ela já consegue entender um pouquinho mais qual é a gravidade do problema, do que é que pode acontecer alguma coisa e eu posso perder minha mãe, então ela

sempre quer um pouco mais de informação, o que é que está acontecendo”. (F5 em relação aos filhos de 7, 14 e 15 anos).

Estes relatos salientam que a idade não deve ser o único fator a nortear a quantidade ou o conteúdo das informações compartilhadas com a criança ou adolescente, pois em cada situação existirão diferentes necessidades a serem satisfeitas de acordo com as características individuais e familiares dos envolvidos. A forma como as crianças e adolescentes vivenciam a doença grave e as suas estratégias para o acesso das informações são influenciadas pela dinâmica comunicacional existente nas famílias. Quando a criança é incluída na comunicação familiar e participa da decisão de visitar ou não o familiar internado na UTI, ela está no controle de sua própria necessidade de informação, pois tem a oportunidade de perguntar diretamente aos familiares e consultar os profissionais de saúde. Nos casos em que a criança não recebe as informações acerca do que está acontecendo em relação ao processo de adoecimento e internação de um familiar, ela própria encontra estratégias para buscar a informação de que necessita, ressaltando que as crianças não são passivas, mas ativamente construtoras e co-construtoras de suas próprias experiências (KEAN, 2009).

Os relatos dos participantes apresentaram diferenças quanto à forma como a situação da visita foi conduzida pela equipe, o que pode indicar que a instituição referida não possui recomendações específicas ou que essas orientações, caso existam, não tenham sido repassadas de maneira clara para os participantes. A falta de políticas e diretrizes claras a serem seguidas em relação à visita de crianças e adolescentes no contexto de UTI também são ressaltadas em outros estudos (RAMOS et al., 2014; GIBSON et al., 2012; ANZOLETTI et al., 2008; VINT, 2005a; VINT, 2005b; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Em relação à segunda categoria “**tomada de decisão sobre a visita**”, verificou-se esta decisão foi influenciada por quatro aspectos, dois dos quais já mencionados por Borges, Genaro e Monteiro (2010). Foram considerados pelos familiares, a) o desejo da criança ou adolescente em ir visitar; b) o estado clínico do paciente; c) imaginário de que a visita de crianças não é permitida em UTI; d) posicionamento da equipe.

Foi possível constatar que cada um destes aspectos teve um peso diferente para cada participante e que a inter-relação entre eles, em conjunto com a história de vida pessoal e familiar, contribuiu para a ocorrência ou não da permissão para crianças e adolescentes visitarem o

familiar internado na UTI. O quadro 2 indica quais crianças e adolescentes foram visitar os seus familiares durante a internação em UTI ou em enfermaria após a alta da UTI.

Quadro 2 - Apresentação das características dos familiares crianças – adolescentes dos participantes entrevistados e a descrição de quais foram visitar o seu familiar na UTI e na enfermaria. Florianópolis, 2015.

Familiar	Crianças ou adolescentes na família e sua relação com o paciente	Foram visitar na UTI	Relação com o paciente (idade)	Foram visitar na enfermaria
F1	Netas (1, 1, 11, 12 anos)	Sim	Neta (11 anos)	Sim
F2	Filhos (8, 12 anos)	Não	-	Sim
F3	Neto (7 anos)	Não	-	Sim
F4	Filho (8 anos); Neto (1, 4 anos)	Não	-	Sim
F5	Filhos (7, 14, 15 anos); Sobrinha (10 anos)	Sim	Filhos (10, 14, 15 anos)	Sim
F6	Filho (8 anos)	Não	-	Sim
F7	Netos (14, 15, 16 anos)	Sim	Netos (14, 15, 16 anos)	Sim
F8	Filho (3 anos)	Não	-	Não
F9	Netos (15, 16, 17 anos)	Sim	Neta (15 anos)	Sim
F10	Filha (15 anos); Netos (1, 4, 10 anos)	Sim	Filha (15 anos)	Não

Fonte: A autora, 2015.

Foi possível observar no relato de um dos participantes (F5) que o estado clínico do paciente foi o aspecto central da decisão pelo melhor momento para realização da entrada da adolescente na UTI, ele preferiu aguardar a estabilização do quadro para não correr o risco de seus filhos de 14 e 15 anos presenciarem o momento do óbito em si. Considerando o estado clínico do paciente durante a internação em UTI e a previsão de alta, alguns participantes (F3, F6) optaram por restringir a visita na UTI e permiti-la durante a internação nas enfermarias, em que o ambiente foi considerado por eles como mais tranquilo e horário e as regras de visitação são mais flexíveis. Um deles (F3) informou que se o tempo de

internação se prolongasse, provavelmente solicitaria a entrada do neto, tendo em vista o vínculo afetivo entre eles. Outros dois participantes (F2, F8) informaram que sempre imaginaram que a visita de crianças não era permitida em nenhum ambiente do hospital, mas que durante o período em que passaram acompanhando o paciente observaram que essa visita era permitida nas enfermarias. Apenas um participante (F10) informou que a visita de crianças não era permitida nem mesmo na enfermaria, mas isso não impediu a visita.

“(...) eu acho bom pra criança porque eu tenho três netinhos e meus netos têm essa necessidade de ver o avô e não podiam, só depois que o avô foi pro quarto que ai ele desceu, nem aqui no quarto não pode entrar”. (F10)

O ambiente de UTI é percebido nos relatos dos participantes como mais aversivo do que o restante do ambiente hospitalar, provavelmente por ser um ambiente constantemente associado à morte. A própria estrutura física da UTI é diferenciada, os leitos são abertos e cada paciente tem menos privacidade, o que faz com que a pessoa ao ir visitar seu familiar internado, se depare com outros pacientes em estado grave. Este foi um aspecto considerado pelos participantes para evitar a visita da criança na UTI e preferir aguardar a alta para outra enfermaria.

Independentemente de a visita ser permitida ou não, Vint (2005a) ressalta algumas estratégias que podem ser efetivadas para reduzir o estresse das crianças e auxiliar na manutenção da comunicação e do vínculo com o familiar que está internado em UTI. A escrita de bilhetes ou cartas, a confecção de desenhos, escolha de fotos ou por parte da criança, que podem ser levadas para o paciente internado até mesmo por outro visitante e deixados no leito podem ser alguns exemplos de comunicação e de integração da criança com a situação vivenciada pela família (VINT, 2005a).

Observou-se que o desejo expresso pela criança ou adolescente para ir visitar o familiar na UTI foi influenciado pelo vínculo afetivo existente entre a criança e o familiar que estava internado. Um dos participantes (F9) referiu que este foi o principal aspecto considerado para permitir a entrada da adolescente de 15 anos na UTI, conforme trecho a seguir.

“E aquela de 15 anos [dizia], ah mas eu gostava de ver o avô, eu gostava de ver o avô, então vamos lá minha filha e tu vê o avô. Ela que quis ir ver o avô. (...) Ai a gente achou que era importante ela vim porque era o desejo dela, né. Então a gente

respeitou o desejo dela”. (F9 se referindo a neta do paciente de 15 anos).

No entanto, para este mesmo participante (F9), imaginar que a visita de crianças não seria permitida foi o aspecto decisivo na tomada de decisão em relação aos netos, conforme ilustrado a seguir.

“As crianças não foram visitar. Só a Juliana que foi. Não pesou nada assim porque a princípio a gente sabe que não pode”. (F9 se referindo a filha Juliana de 15 anos e aos netos de 1, 4 e 10 anos).

Para outros dois participantes (F2 e F4), o estado clínico do paciente e a falta de informações tiveram maior peso na decisão, contribuindo para que a visita não acontecesse, apesar do desejo manifesto pela criança de visitar o familiar na UTI. Nesses dois casos, os pacientes tinham perspectiva de melhora e posterior alta da UTI e como já imaginavam que a visita não seria permitida, não chegaram a buscar informações junto à equipe e nem chegaram a cogitar levar seus filhos ou netos para visitar o familiar internado.

O relato a seguir aponta que apesar da insistência do filho em querer ver o pai durante a internação na UTI e do desejo da mãe (F6), esta visita não foi permitida pela equipe. No entanto, neste mesmo trecho é possível observar uma exceção na qual a equipe permitiu a entrada de uma criança.

“Eu cheguei a perguntar [para a equipe], comentei assim e [eles responderam que] não, aqui em cima não”. (...) “Só nos últimos casos, que nem aconteceu com um paciente que aí estava nas últimas, daí aquele foi autorizado, mas como ele não era daqueles problemas, aí eles disseram que não podia”. (F6)

Outros três participantes (F1, F5 e F10) solicitaram a entrada de crianças e apenas um (F1) obteve a autorização da equipe. Outro participante (F5) informou uma situação na qual a equipe abriu uma exceção para a entrada de uma criança, conforme o relato a seguir.

“A de sete [anos] não foi até porque já é uma norma da casa que não pode. (...) A gente chegou a perguntar, mas aí orientaram que não, até naquele momento que ela estava com a traqueo, que ela estava bem mal. Então a gente até fez a pergunta e eles disseram que não, que não dava. (...) Até teve uma exceção que eles abriram pra minha sobrinha de 10 anos que ia fazer a primeira comunhão e é afilhada dela que ela queria ir lá

pedir a benção dela e ela foi lá e pediu a benção e eles até abriram uma exceção”. (F5)

Observou-se, a partir dos relatos apresentados, que a equipe teve papel importante na tomada de decisão dos participantes. Foi possível verificar também que para além da idade, existem outros critérios que foram considerados pela equipe no momento de autorizar ou não a entrada de uma criança na UTI. Além disso, o discurso destes participantes pode indicar que não existe consenso a respeito das recomendações entre os profissionais que atuam nesta unidade. Outro estudo apontou que a decisão acerca da visita é considerada pela equipe a partir de circunstâncias individuais e que nem sempre existe consenso entre os membros da equipe em relação à temática (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004), enquanto em outro a tomada de decisão na maior parte das vezes coube aos pais (KNUTSSON; BERGBOM, 2007).

Além dos fatores que contribuíram para o seu posicionamento e para a tomada de decisão quanto à entrada das crianças e adolescentes na UTI, os cinco participantes que levaram crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados (F1, F5, F7, F9, F10) relataram a forma como manejaram esta entrada. Sobre a terceira categoria “**manejo da visita**” todos eles mencionaram a importância de preparar a criança e o adolescente antes da realização da visita, fornecendo as informações acerca do ambiente da UTI e do estado clínico do paciente. A responsabilidade dos pais em preparar as crianças para a visita, fornecendo informações apropriadas a elas também foi relatada por Knutsson e Bergbom (2007).

A preocupação dos familiares em realizar o preparo da criança e adolescente para o momento da visita pode ser ilustrada no trecho a seguir.

“A gente tinha contado que o vô estava intubado e que o vô não falava e que o vô não abria os olhos, as vezes ele abria um olho um pouquinho, ela sabia tudo. Ela sabia a imagem que ela ia ver ali, a gente preparou ela pra ver se ela queria mesmo, mas ela queria”. (F7 se referindo a neta de 15 anos).

Este relato vai ao encontro dos resultados da pesquisa de Knutsson, Otterberg e Bergbom (2004) em relação às diretrizes sobre como oferecer suporte e informações para as crianças. Somente uma participante (F10) não preparou a adolescente antes da entrada em UTI e percebeu a importância deste procedimento após a visita já ter ocorrido,

pois verificou os efeitos negativos da visita acontecer sem que a adolescente tenha sido orientada a respeito da forma como o paciente estava, conforme apresentado no trecho a seguir.

“Então assim ela deveria ser preparada, o psicológico dela, o emocional assim ó o avô vai tá assim (...) Não foi feito nenhum tipo de conversa com ela [filha] antes, a gente contou pra ela que ele estava na UTI e ela falou que queria ver o pai ali e ai eu disse que a tarde ela ia então. Ai foi tranquilo, ela entrou, ai ela estava bem, ai quando ela chegou lá dentro, ela retornou aos prantos chorando. Acho que faria alguma diferença se a gente tivesse falado com ela antes, até porque ela sabe como que o pai dela tá e eu acho que o que chocou ela foi ter visto o pai dela conectado naquelas coisas todas. Ela não estava esperando ver ele daquele jeito”. (F10 em relação a filha do paciente de 15 anos).

A clareza quanto às recomendações para a visita de crianças e adolescentes para os familiares e a padronização na forma de orientar os familiares sobre isso poderia auxiliar a evitar que situações como a relatada anteriormente aconteçam. Nesse sentido, Vint (2005a) sugere o desenvolvimento de informação escrita específica para os pais ou responsáveis pela criança e, também, materiais informativos exclusivos e adequados à idade das crianças. Além disso, considerando que as crianças são uma parte importante da unidade familiar, o ambiente precisa estar adequado a elas. Nesse sentido, a provisão de materiais lúdicos, como brinquedos, material para desenho, livros infantis dentro de uma sala de espera poderia auxiliá-las a se sentirem parte integrante da família e bem-vinda a esse ambiente, considerado tão hostil (VINT, 2005a, 2005b; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). A situação relatada pelo participante (F10) envolve um adolescente evidenciando a necessidade de ampliação da discussão proposta por Vint (2005a) para incluir os adolescentes. Eles também sofrem o impacto de ter um familiar internado em UTI e devem receber o suporte necessário e adequado a sua capacidade de compreensão para enfrentar e elaborar a experiência da visita da melhor forma possível.

Segundo os participantes (F1, F5, F7, F9, F10), a entrada das crianças ou adolescentes foi sempre acompanhada da presença de um familiar adulto. Após a visita, três participantes (F1, F5, F9) afirmaram ter conversado sobre a visita em si e oferecido o apoio necessário, considerando as repercussões que eles perceberam nas crianças e

adolescentes ao visitar, pois mesmo com a preparação, essa situação se mostrou difícil, como apontado na literatura (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

“O que eles comentam quando eles veem que ela tá mais ruinzinha, o que eles comentam é que preferiam não ter visto. - Preferia não ter visto a mãe dessa forma. Eu já tinha avisado que ela não estava tão benzinha, eu preparei, mas mesmo assim o comentário dos dois foi assim (...) Mas quiseram voltar num outro dia. (F5 a respeito dos filhos de 14 e 15 anos).

A quarta categoria se refere às “**repercussões da visita**” O misto entre tristeza e alegria no momento da visita, apresentado no relato do familiar, também foi percebido em outros estudos pelos pais de crianças que visitaram seus familiares internados na UTI (KNUTSSON et al., 2008; KNUTSSON; BERGBOM, 2007). Ainda em relação às repercussões da visita, dois participantes (F1, F10) referiram que a forma como a criança ou adolescente reagiu dependeu do vínculo estabelecido com o paciente e de como ele participava da dinâmica familiar.

“(…) por causa da ausência de não estar tanto com o avô que ela [neta de 18 anos] se emocionou mais. Então a outra [neta de 11 anos] como estava sempre com o vô ela já sabia que ele estava sofrendo em casa e que estava ali [no hospital] para melhorar. Então acho que foi melhor”. (F1 se referindo as diferentes reações entre as netas de 11 e 18 anos).

Além disso, os participantes (F5, F7, F9, F10) destacaram os benefícios da visita realizada para o paciente e também para as crianças e adolescentes.

“Poder ver quem ela ama. (...). E na UTI eu acho que depende muito do estado do paciente né, mas eu acho que é confortável pra ambos, tanto pra quem tá com saudade de ver e até para o próprio paciente pra dar aquela renovada né. Acho que isso ajuda a recuperação do paciente, o contato com o filho, com o neto, um sobrinho, seja lá o que for né”. (F5)

Os benefícios da visita de crianças e adolescentes nesse contexto já foram apontados em outros trabalhos (ANZOLETTI et al., 2008; CLARKE; HARRISON, 2001; DAVIDSON et al., 2007; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; VINT, 2005b; HUPCEY, 2000; JOHNSON, 1994).

Um dos participantes (F10) comentou ainda que acredita que a visita terá efeito positivo também em longo prazo na vida da neta, pois a auxiliará a enfrentar futuras situações semelhantes.

“Ela [a neta] sabia que ela podia entrar e ela quis entrar, ela queria, ela que falou que queria tá lá dentro e foi tranquilo assim. Eu concordei porque eu penso assim, a gente tem que viver a situação do momento, mesmo não tendo preparado a gente tem que viver aquilo ali. Eu vou podar ela de passar ela por aquele período ali, ai lá na frente ai tem que passar uma outra situação parecida e ela não estava preparada porque nessa situação ela não passou por esse momento agora”. (F10)

No entanto, permitir a visita por si só não garante a diminuição da ansiedade e prevenção de traumas futuros, pesquisas apontam que possibilitar a visita sem oferecer um acompanhamento profissional e familiar adequado para a criança pode ser tão nocivo quando impedir que a visita aconteça (ROZDILSKY, 2005; VINT, 2005b; KNUTSSOM et al., 2008).

Conhecer as particularidades de cada criança e a forma como cada uma compreende o que está acontecendo pode auxiliar a prevenir futuros traumas à medida que as informações e explicações, acerca do que ela irá encontrar no ambiente da UTI, sejam oferecidas em uma linguagem acessível à sua compreensão (KEAN, 2010; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; ROZDILSKY, 2005; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; BARKER; NIESWIADOMY; ARNOLD, 1998).

É necessário explicar para a criança o que está acontecendo a sua volta, deixar que seus pensamentos, opiniões e vozes sejam ouvidos e permitir-lhes alguma parte nas decisões sobre aquilo que pode afetá-los (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). No entanto, a supervisão, acompanhamento e apoio emocional devem ser oferecidos não somente antes, mas também durante e após as visitas de crianças (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; VINT, 2005a; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; KNUTSSON; BERGBOM, 2007). Vint (2005a) sugere que um projeto de pesquisa poderia auxiliar nessas situações, assim como outras pesquisas poderiam ser realizadas para avaliar os efeitos a curto e longo prazo, seus riscos e benefícios para os pacientes e para as crianças.

O estabelecimento de políticas e diretrizes claras nas instituições, assim como a preparação específica dos profissionais acerca da visita de crianças poderiam contribuir para uma assistência humanizada e de

qualidade (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). As práticas precisam ser desenvolvidas baseadas em evidências para promover uma abordagem coerente da equipe com o objetivo de satisfazer as necessidades das crianças que visitam um familiar internado em UTI adulto (VINT, 2005a; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Considerações finais

Os familiares identificaram a capacidade que as crianças e adolescentes tem em perceber as mudanças que ocorrem na família em virtude da hospitalização de um de seus membros, bem como a curiosidades dos mesmos para saber mais informações sobre esse processo. E no momento de repassar as informações acerca do adoecimento e hospitalização em UTI para as crianças e adolescentes, observou-se o cuidado e as dificuldades dos familiares para transmitir esperança e segurança na comunicação com o intuito de minimizar os danos emocionais.

Para a tomada de decisão quanto à permissão ou não da visita, os familiares consideraram o desejo da criança ou adolescente em ir visitar; o estado clínico do paciente e posicionamento da equipe. Além disso, identificou-se que o imaginário de que a visita de crianças não é permitida em UTI interferiu na decisão de alguns deles. Ressalta-se a utilidade de delimitar os critérios para a visita de crianças e adolescentes aos seus familiares internados em UTI, não no sentido de desconsiderar a singularidade de cada caso ou cristalizar o procedimento, e sim para estabelecer os aspectos a serem avaliados para a tomada de decisão. Os estudos relativos à psicologia do desenvolvimento podem contribuir com a compreensão dos recursos que as crianças e adolescentes tem para lidar com esse tipo de situação, bem como auxiliar na comunicação entre os envolvidos.

A preparação psicológica antes da realização da visita foi o elemento mais citado como importante no manejo da visita. Foi possível perceber a partir dos resultados que os familiares adultos também sofrem o impacto emocional negativo associado à visita em UTI, o que pode ter contribuído para sua concepção de que a visita desencadearia esse tipo de sentimentos nas crianças e adolescentes. E sua percepção de que as crianças e adolescentes, especialmente os mais novos, não tem condições de lidar com esse tipo de situação pode estar relacionado com a dificuldade sentida por eles próprios para lidar com essa situação. A partir desta necessidade, sugere-se que sejam propostas intervenções

como, por exemplo, orientações e material informativo específico e adequado tanto para os familiares adultos quanto para as crianças e adolescentes.

Os resultados desta pesquisa destacam que o hospital, e em especial a UTI, não é considerado pelos familiares um ambiente indicado para a presença de crianças, embora os benefícios da visita tenham sido mencionados. Destaca-se que esta experiência tem o potencial de contribuir com o desenvolvimento emocional das crianças ao favorecer a compreensão do processo de adoecimento e possível morte desde a infância e contribuir no enfrentamento de futuras situações de frustração, se for bem conduzida pela equipe e pelos familiares.

Este artigo pretende contribuir com o desenvolvimento de conhecimento científico sobre a temática, tendo em vista que são raros os estudos nacionais que contemplam a visitação de crianças e adolescentes em UTIs adulto e colaborar com a criação de protocolos de intervenções pautados em evidências científicas quanto à rotina de entrada de crianças em UTI adulto, visando melhorar a qualidade na assistência e obter uma maior satisfação dos envolvidos. No entanto, destaca-se ainda a necessidade de realizar mais pesquisas na área, com o objetivo de ouvir e buscar compreender os demais envolvidos nesse processo: as crianças e adolescentes, os pacientes e os profissionais de saúde. Acredita-se que a divulgação do tema possa desencadear reflexões e contribuir para subsidiar práticas mais humanizadas e de qualidade em saúde.

5.3 MANUSCRITO 3: ENTENDIMENTO DE FAMILIARES SOBRE A VISITA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UTI ADULTO

Resumo

A autorização e flexibilização das visitas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podem trazer benefícios para os familiares e pacientes internados. No entanto, a visita de crianças ainda não é recomendada na maioria das instituições. Este trabalho objetivou identificar o entendimento dos familiares quanto a entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados em UTI adulto. A coleta de dados ocorreu em outubro e novembro de 2014, neste período foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez familiares de pacientes que estiveram internados em UTI. Os dados foram analisados

qualitativamente de acordo com a análise temática categorial de conteúdo de Bardin (2009), gerando três categorias, as quais englobaram as repercussões emocionais, as preocupações e as recomendações em relação à visita. Foram percebidas repercussões emocionais positivas da visita tanto para os pacientes quanto para as crianças e adolescentes envolvidos, no entanto também foram identificadas preocupações relacionadas ao risco de infecção e de provocar traumas, além da percepção de que a criança e o adolescente não têm capacidade de compreensão suficiente para conseguir lidar com essa situação. O vínculo afetivo com o paciente; o estado clínico do mesmo e a singularidade da criança e adolescente foram apontados como critérios que devem ser considerados para sua entrada em UTI. A preparação das crianças e adolescentes antes, durante e após a visita foi recomendada. Outros critérios, além da idade, devem ser considerados para autorizar ou não a entrada de crianças e adolescentes nesse contexto, bem como a equipe de saúde deve ser capacitada para auxiliar os familiares nesse processo.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Visitas a pacientes. Criança. Adolescente. Relações profissional-família.

Introdução

A visita de familiares em Unidades de Terapia Intensiva vem sendo amplamente discutida, de forma que a autorização e flexibilização da visita têm sido recomendadas para uma melhor adaptação de familiares e pacientes ao processo de adoecimento e hospitalização (HUNTER et al., 2010; RAMOS et al., 2012; SOUZA, 2010). No entanto, quando se trata da visita de crianças a familiares internados em UTIs adulto é possível observar que esta não é uma prática frequente de acordo com a literatura (RAMOS et al., 2012; ANZOLETTI et al., 2008; GIANNINI, 2007; GIANNINI; MICCINESI; LEONCINO, 2008; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). Um estudo realizado por Anzoletti et al (2008), na região nordeste da Itália, constatou que somente 22% das 104 UTIs pesquisadas permitiam a visita de crianças com idade inferior a 12 anos, aos pacientes críticos internados.

A visita de crianças foi permitida com maior frequência nas unidades em que o tempo total de visitação era superior a quatro horas e naquelas em que era possível entrar mais de uma pessoa por vez para visitar o paciente. Neste mesmo estudo, em 21% das UTIs os

profissionais relataram que frequentemente abriam exceções para suas regras de visitação e 77% relataram que exceções ocorriam apenas em circunstâncias especiais, no entanto não foram especificadas quais regras ou em quais situações as exceções eram possıveis (ANZOLETTI et al., 2008). Outro estudo realizado no mesmo país registrou que das 303 UTIs pesquisadas, 69% delas restringiam a visita de crianças (GIANNINI et al., 2008).

Na França, a visitação de crianças sem qualquer limitao de idade foi autorizada em 46% das 95 UTIs pesquisadas, 44% das UTIs fixaram uma idade mínima, sendo que na maioria a idade mínima era de 15 anos, e 10% não permitiam a visita de crianças (QUINIO et al., 2002). Na Suécia não havia qualquer restrio quanto   visitação de crianças em 66% das 56 UTIs avaliadas. No entanto, 70% das UTIs não tinham as políticas e diretrizes estabelecidas quanto à visita de crianças, seja na forma verbal ou escrita, e 52% não percebiam que orientaes escritas e procedimentos específicos eram necessários, enfatizando que o bom-senso deve ser usado sempre antes de qualquer tomada de decisão. No entanto, sem diretrizes claras pré-estabelecidas, existe o risco de que as decisões sejam tomadas de forma arbitrária, com base nas opiniões e atitudes individuais de cada profissional e, portanto, diferentes e, por vezes, até mesmo, contraditórias entre si (KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004).

Em uma pesquisa realizada no Reino Unido, o resultado do grupo de 15 UTIs mistas, ou seja, que atendiam crianças e adultos, indicou que apesar de todas terem atendido pessoas com familiares menores de 16 anos, nenhuma delas possuía uma política de visitação, ou seja, orientaes específicas sobre a entrada de crianças. O resultado, correspondente ao grupo de 46 UTIs adulto, demonstrou que apenas cinco (11%) possuíam uma política de visitação para crianças, mas quatro delas não eram por escrito (VINT, 2005a).

Recentemente foi publicado um estudo realizado com 162 UTIs localizadas em todas as regiões do território brasileiro que ressaltou a predominância de políticas restritivas de visitação, incluindo limitaes em relao   estrutura oferecida para acolher os visitantes e restries quanto aos períodos de visitação, número de visitantes por período e   idade dos visitantes. Em relao à idade dos visitantes, 12,5% não tinham qualquer restrio de idade, a maioria (76,9%) permitiam a visita para maiores de 12 anos e 10,6% permitiam a visita apenas para maiores de 16 anos (RAMOS et al., 2014).

Conforme já apresentado, algumas instituies permitem a entrada de crianças na UTI adulto (ANZOLETTI et al., 2008; BILEY;

MILLAR; WILSON, 1993; GIANNINI; MICCINESI; LEONCINO, 2008; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). Isto demonstra que as políticas de visitação, ou seja, as orientações e recomendações estabelecidas pelas instituições acerca da entrada de crianças para visitar seus familiares internados em UTI adulto não são frequentes e não há consenso entre as que existem, de forma que em um mesmo país, cada instituição tem sua própria política de visitação.

Embora os dados sugiram que o regulamento da maioria dos hospitais permite apenas a entrada de adolescentes, estes mesmos estudos ressaltam que em algumas UTIs, dependendo da situação e dos profissionais de plantão no momento, são abertas algumas exceções para a visita de crianças aos seus familiares adultos. De forma que, quando a visita de crianças acontece em algumas instituições, costuma ser fruto da avaliação em conjunto entre os membros da equipe, incluindo a presença do psicólogo quando presente na equipe (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; ANZOLETTI et al., 2008; GIANNINI et al., 2008). E em outros casos decorre de circunstâncias singulares e por critérios de senso comum (KNUTSSON; BERGBOM, 2007; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004). Este aspecto pode indicar que as recomendações estejam sendo construídas principalmente a partir da opinião pessoal dos profissionais e não de evidências científicas.

Contudo, apesar das políticas de visitação de crianças em UTIs adulto serem escassas, ressalta-se a necessidade destas políticas serem baseadas em evidências e que os estudos revisados proponham métodos que possam oferecer suporte para que a criança tenha condições em lidar com a doença crítica de um familiar adulto. A educação facilita o processo de reflexão sobre a prática, desafiando antigas suposições, crenças e atitudes em relação à visitação de crianças em UTI adulto. É necessária uma melhor compreensão das necessidades das crianças e o desenvolvimento de habilidades de comunicação para proporcionar a elas um nível adequado de informação e de apoio (VINT, 2005a). Nesse sentido, este trabalho se propõe a identificar o entendimento dos familiares, acerca da entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados em UTI adulto.

Método

O estudo é qualitativo, com caráter exploratório e descritivo. A pesquisa ocorreu em um hospital escola do sul do Brasil. Participaram

desta pesquisa dez familiares de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão: a) ter mais de 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) ter um familiar que esteve internado em UTI por pelo menos um dia, recebeu visita de familiares neste período, tinha membros da família com menos de 18 anos e que após a alta continuou internado em enfermaria da instituição durante o período de coleta dos dados; c) ter vínculo de consanguinidade ou afinidade com o membro da família do paciente que tinha menos de 18 anos. Foram excluídos os pacientes mais graves que evoluíram para óbito durante a internação em UTI. O número de entrevistas foi determinado pela técnica de saturação de conteúdo.

A coleta de dados ocorreu em outubro e novembro de 2014, após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CAAE de número 15286313.7.0000.0121) na Universidade a qual o hospital é vinculado. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, a qual continha duas perguntas: a) Qual sua opinião sobre a visita de crianças em UTI?; b) Na maioria das UTIs a visita de crianças não é recomendada. O que você pensa sobre isso?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Esta foi realizada de acordo com a análise temática categorial proposta por Bardin (2009) que objetiva a interpretação das comunicações a partir da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto. As três etapas desta forma de análise são: a) pré-análise; b) exploração do material ou codificação; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Apresentação e discussão dos resultados

Em relação aos participantes, oito eram mulheres e dois eram homens. Dentre as mulheres, seis participantes eram esposas e duas eram filhas. Os dois homens eram esposos das pacientes. As entrevistas tiveram duração média de 26 minutos. Quando questionados sobre sua opinião geral em relação à entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados, observou-se, a partir da análise de dados, emergiram três categorias, a) repercussões emocionais da visita; b) preocupações em relação à visita; c) recomendações para a visita.

Em relação categoria “**Repercussões emocionais da visita**”, os participantes destacaram a possibilidade de a visita melhorar o estado emocional das crianças e adolescentes assim como dos próprios pacientes, como é possível observar no trecho retirado de uma das

entrevistas.

“(…) as vezes é bom para o pai que tá ali esperando para ver um filho, que não sabe se volta, aquela coisa toda. E pra criança também, porque, as vezes, a criança fica chorando né, porque ela quer ver o que tá acontecendo”. (F4)

Os participantes destacaram também a percepção da criança como alguém que é capaz de perceber as mudanças na dinâmica familiar decorrentes do processo de adoecimento e hospitalização de um de seus membros e que manifesta seu desejo de participar desse processo, como no trecho a seguir.

“Eu penso que seria uma boa liberar só pra chegar e ver como que é o que o paciente tá passando, porque eles ficam preocupados, criança, a gente acha que eles não ficam, mas eles ficam também. Eles sentem bastante (…) eles queriam saber como que é a UTI, como que o pai passou, como que o pai tá. Eles ficam muito curiosos pra saber, eles querem ver. Eles vendo, eles se acalmam mais”. (F2)

Observou-se também a compreensão, por parte de alguns participantes, de que a criança é capaz de lidar com essa situação se for adequadamente preparada para isso e que a visita em si pode contribuir para o desenvolvimento da criança e auxiliá-la a enfrentar futuras situações difíceis que a vida pode lhes apresentar.

“Porque mentir? Porque enganar? Por isso eu penso assim, se um neto que seja de menor, se ele quer ver um familiar na UTI, se é a vontade da criança, leva, deixa ver. Porque senão ela não vai ter ideia. Vamos dizer que esse paciente parte, a criança nunca vai ter ideia de como é que ele estava lá. Então, tem que ser assim. Cabe aos familiares o preparo. Com certeza tem que dizer pra ela como que seria, o que é que ela vai encontrar lá. O que ela vai encontrar pra ela não sair com trauma de lá. A avó já disse pra mim que ia ser assim e assim, e é assim mesmo”. (F9)

Os benefícios percebidos pelos participantes deste estudo estão de acordo com o apresentado na literatura, tanto em relação aos benefícios da visita em relação às crianças (ANZOLETTI et al., 2008; CLARKE; HARRISON, 2001; DAVIDSON et al., 2007; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; VINT, 2005b), assim como aos pacientes (JOHNSON, 1994; VINT, 2005b; HUPCEY, 2000).

Embora estes aspectos destaquem a percepção dos participantes quanto à importância da realização da visita, tradicionalmente, os pacientes, famílias e profissionais concordam em limitar as visitas das crianças nesse contexto (QUINIO et al., 2002). E apesar dos benefícios terem sido reconhecidos por parte dos familiares entrevistados nesta pesquisa, os mesmos se mostraram apreensivos e citaram alguns aspectos que os deixam com receio de permitir a entrada das crianças e adolescentes para visitar um familiar internado na UTI.

Em relação à segunda categoria “**Preocupações em relação a visita**” foram mencionados os seguintes aspectos: a) o risco de contrair uma infecção; b) o risco de provocar traumas; c) a percepção de que a criança e o adolescente não têm capacidade de compreensão suficiente para conseguir lidar com essa situação. Os aspectos reportados pelos participantes corroboram as razões indicadas por outros autores (KEAN, 2009; JOHNSON, 1994; CLARKE, 2000; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004) como justificativas pelas quais as visitas das crianças permanecem restritas em UTIs: os pais, os pacientes, e cuidadores querem proteger as crianças (e eles próprios) de estresse adicional, bem como proteger os pacientes e as crianças do risco de infecção.

Quatro participantes (F1, F4, F6, F8) destacaram sua preocupação em relação ao risco de infecção ao qual imaginam que a criança é exposta ao frequentar o ambiente de UTI. Verificou-se que esse receio era maior ao considerar a entrada de crianças pequenas e que essa preocupação reduzia de acordo com o aumento da idade, conforme ilustrado no trecho a seguir.

“Eu acho que a entrada de criança tem que ter uma restrição porque criança muito pequena tem uma imunidade muito debilitada. Então acho que certa idade, uns 10 anos pra cima ou uns 8 anos, já tem mais uma resistência melhor”. (F1)

Os participantes se preocuparam ainda com a capacidade de compreensão que a criança tem para poder lidar com a experiência da visita em si. Algumas opiniões podem ser observadas nos relatos.

“Então acho que certa idade uns 10 anos pra cima ou uns 8 anos (...) já entende melhor”. (F1)

“Olha, eu creio que nessa idade eles são um pouco imaturos e eles não tem a responsabilidade de se cuidar que na UTI é um lugar de silêncio, um lugar que não pode ter barulho, que tem que se preocupar até com a tua voz e 12 anos ainda é muito criança, então eu acho que isso daí não

deveria ser permitido. A gente vê criança nessa idade em sala de espera e eles não têm controle, entende, essa é a minha opinião. Eu acho que é a imaturidade mesmo, porque tu sabes que para uma criança ter a maturidade dela toda formada ela tem que tá aí, depois dos 15 anos que ela começa a evoluir nessa área de comportamento”. (F7)

Neste aspecto ficou evidente que cada um deles percebe a capacidade da criança ou adolescente para compreender e enfrentar essa situação de forma diferente, o que sugere como a história pessoal de cada família e a singularidade de cada criança é capaz de interferir na opinião que os familiares têm acerca da visita. Um exemplo disto pode ser observado no relato a seguir, no qual o participante explica que o fato de seus filhos terem acompanhado de perto o processo de adoecimento os auxiliou no enfrentamento da situação atual.

“Eles vem acompanhando a doença desde o início, queira ou não queira, então entendendo ou não eles vem acompanhando desde o início, então eles estavam mais ou menos que preparados que alguma coisa poderia acontecer (...) As crianças foram percebendo as mudanças, aconteceram muitas mudanças, com o próprio visual da Katia (...) e de vez em quando ela passava mal, aí a gente foi explicando que a doença da mãe não era boa, a gente foi sempre explicando, preparando e eles foram sempre acompanhando assim”. (F5)

A experiência do próprio participante com a morte em si também pode ter interferido na forma como ele percebe a questão da visita de crianças e adolescentes em UTI, como apresentado.

“(...) a minha filha casou com um viúvo que tinha uma menina de três anos e a mãe dela faleceu no parto do irmãozinho dela. E aí não contaram nada pra ela, ela tinha três anos e não contaram nada pra ela, tiraram ela de casa e disseram que a mãe viajou, e a mãe viajou e nunca voltou e ela ficou uma criança bem revoltada por causa disso, porque achou que a mãe abandonou e não voltou mais. (...) A criança percebe bem mais que o adulto imagina, elas são bem atentas e elas vão criando as coisas dentro da cabecinha delas, distorcido, por não saber a verdade. Esse é o meu ponto de vista”. (F9)

Este último relato ilustra o argumento de Kean (2009) de que a criança é capaz de encontrar estratégias para obter a informação de que

necessita, demonstrando o papel ativo das mesmas na construção de suas próprias vivências.

Os relatos dos familiares demonstram diferentes percepções acerca do amadurecimento emocional das crianças, o qual, segundo eles, pode acontecer em diferentes idades, o que pode indicar a pertinência de avaliar também outros aspectos nas recomendações em relação à entrada de crianças e adolescentes em UTI para além da idade de 12 anos que é critério usualmente estipulado nas instituições, segundo a literatura (RAMOS, 2014). Nesse sentido, os participantes mencionaram que a avaliação deveria ser avaliada caso a caso, considerando a singularidade dos envolvidos, conforme exemplificado nos trechos.

“Tem criança que com 10 anos, ela tem uma maturidade de adulto e tem criança que tem 18 que tem maturidade infantil. Então aí vale a própria família que conhece a criança fazer essa distinção. Se meu filho tem maturidade pra chegar dentro de uma UTI e ele se comportar (...) ele pode entrar. Porque a gente não pode prejudicar porque ele tem tal idade ele pode entrar, porque tem crianças e crianças, tem adultos e adultos”. (F7)

“Isso depende do menor e da família. Se a família acha que o menor tem consciência de ver o que está acontecendo ali, eu acho que prepara e deixa ver. Eu acho normal, olha eu sei também que antes, quando morria um pai ou uma mãe, não deixavam a criança menor ver. Eles diziam que a mãe foi viajar e que ela vai voltar um dia e essa mãe nunca volta e fica a criança traumatizada que a mãe abandonou a gente, e botava os filhos na casa de parentes pra não ver o enterro ali. Meu Deus, coisa errada né, mas antigamente fazia isso”. (F9)

O entendimento dos participantes acerca da compreensão que as crianças e adolescentes têm está relacionado com outro fator mencionado por eles como preocupante quanto à realização da visita, a possibilidade de esta experiência provocar um trauma na criança ou adolescente. Os trechos ilustram essa questão.

“(...) as vezes tem uns casos meio complicados, então foi bom, tinha o receio (...) dele ver coisa muito desagradável. Tinha uns pacientes lá com uns tubo na boca, e pensei que ia ser muito complicado pra ele, ia perguntar toda vida o que

que é aquilo, o que que a pessoa tinha por isso, nesse lado até achei melhor dele não vir. (...) Por isso eu acho que não é bom entrar criança lá dentro, pra não ver as pessoas que tão pior”. (F6)
“Menor de 18 acho que não é legal não, porque a criança vê muita coisa ali também que pode dar trauma também. Porque se vê muita coisa na UTI, tu vê aqueles cara intubado, vê tudo rasgado, claro que não vê né, mas tem tudo isso, mas a criança vê aquilo lá acho que não fica legal, aí sonha de noite. Não é legal”. (F8)

A exposição à infecção hospitalar e a possibilidade de provocar traumas psicológicos mencionados pelos participantes desta pesquisa, também foram evidenciados em outros estudos como argumentos utilizados pelos profissionais para dificultar o acesso da criança nesse contexto (BILEY; MILLAR; WILSON, 1993; CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994; KNUTSSON; BERGBOM, 2007; VINT, 2005a, 2005b). Alguns autores ressaltam ainda a dificuldade dos profissionais para lidar com a demanda emocional que é apresentada neste tipo de situação como um aspecto que se reflete na dificuldade da equipe em aceitar a visita de crianças na UTI (CLARKE; HARRISON, 2001; JOHNSON, 1994).

Alguns participantes do estudo de Knutsson e Bergbom (2007) afirmaram ainda que argumentos como o risco de infecção, apontado por 36% dos profissionais pesquisados como sendo o principal motivo da restrição da visita, tem a função de encobrir esta dificuldade. Estas afirmações confirmam os achados de Hupcey (2000), o autor observou que lidar com a visita de crianças ao adulto internado em UTI é uma fonte de estresse e incerteza para a equipe (HUPCEY, 2000).

Com isso, é possível observar que as preocupações mencionadas pelos participantes coincidem em muitos aspectos com as preocupações apontadas em outros trabalhos como sendo da equipe argumentos, embora sejam pertinentes, não devem impedir a visita da criança na UTI, já que participar deste momento importante para a família, recebendo o suporte necessário, pode auxiliá-la a desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com essa situação (ROZDILSKY, 2005; CLARKE, 2000; CLARKE; HARRISON, 2001). Afinal, ao vivenciar junto com a família o processo de internação é possível que ela compreenda melhor o que está acontecendo em sua família, as mudanças na rotina e dinâmica familiar, assim como o comportamento dos seus familiares (KNUTSSON et al., 2008; KEAN, 2010; JOHNSON, 1994).

Deve-se atentar para que estas preocupações compartilhadas por profissionais e familiares não se reflitam nas políticas de visitação existentes nas UTIs, limitando a presença de crianças e adolescentes nesse contexto e desconsiderando os possíveis benefícios que essa experiência possa proporcionar na vida dos envolvidos e as possibilidades de manejo técnico para lidar com essa situação. O profissional psicólogo inserido no contexto da UTI pode contribuir com a reflexão da temática e com a proposição de estratégias de intervenção para melhor conduzir essa situação. (SCHMITD et al., 2013; BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010).

Na terceira categoria abordada pelos participantes **“Recomendações quanto à visita”** foi possível observar que independentemente de terem ou não levado as crianças e adolescentes para visitar o familiar que estava internado na UTI, todos os participantes relataram a forma como acreditam que a entrada das crianças e adolescentes neste contexto deveria ser conduzida, tanto por eles próprios quanto pelos profissionais da equipe, caso fosse autorizada. Três participantes (F1, F2, F3) relataram que ela deveria ser rápida, apenas para suprir a necessidade da criança de saber mais sobre o que está acontecendo e incluí-la na dinâmica familiar. Além disso, outros mencionaram também que a visita deveria ser acompanhada por um adulto.

“(…) ter o cuidado pra entrar com uma pessoa adulta pra não tocar nas coisas, não mexer, porque criança é sapequinha e até pra não ficar tendo esses contatos”. (F10)

Os participantes mencionaram também que é necessário preparar a criança ou o adolescente antes da realização da visita, pois isso auxiliaria no enfrentamento dessa situação e com isso, a visita seria capaz de trazer efeitos positivos. O hospital como contexto de desenvolvimento também é ressaltado por Barros (2003). Nos relatos a seguir, é possível perceber que a preparação foi recomendada por alguns participantes, independente da idade.

“Eu acho assim como minha filha de 15 anos já ficou chocada em relação a ali, tudo que viu, que visualizou, eu acho que essa criança tinha que ser preparada psicologicamente assim. – olha, tu vai chegar lá, vai tá assim, vai tá assado - (...) Seria tranquilo a partir do momento que tivesse uma preparação pra essa criança”. (F10)

“Eu acho que vai muito da família explicar a situação, porque não é só chegar e levar, porque as

vezes até um de 20 anos leva aquele baque de ir visitar na UTI. Por isso, eu acho que tem que ter uma preparação (...) Mais que a idade, é preparar psicologicamente”. (F4)

A preparação psicológica e o acompanhamento de crianças e adolescentes antes, durante e depois da visita é apontado em outras pesquisas como um aspecto importante para que a visita tenha efeitos positivos para os envolvidos (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; VINT, 2005a; KNUTSSON; OTTERBERG; BERGBOM, 2004; KNUTSSON; BERGBOM, 2007). E nesse sentido, três participantes (F6, F8, F10) destacaram que a equipe poderia auxiliar nesse processo.

“Acho que precisava de uma comunicação melhor, porque eu mesmo, se acontece algo assim, eu não sei se eu tenho coragem de dizer. Pro meu menino eu não tenho coragem, se tivesse que dizer, a teu pai está naquelas, eu não teria, precisava de uma pessoa mais forte pra falar sobre isso e eu não sou tão forte pra falar isso”. (F6)

“Sempre tem os dois lados, as vezes aquele de menor tem mais cabeça que o adulto. (...) Porque só botar uma placa ali dizendo favor passar gel, lavar a mão, não adianta. Devia ter uma palestra ou uma conversa pra botar essa consciência nas pessoas”. (F8)

“Eu acho interessante, acho bem importante mudar esse pensamento que a gente tem hoje em relação a criança entrar na UTI pra ver seu ente querido desde o momento que ela esteja preparada e eu acho assim que o hospital aqui como referência tem os profissionais pra isso”. (F10)

O desenvolvimento e o repasse de informação direcionado de forma específica aos familiares e também às crianças são recomendados como uma estratégia para auxiliá-los nesse processo (VINT, 2005a; 2005b; KNUTSSON, OTTERBERG, BERGBOM, 2004). O apoio de uma equipe multiprofissional poderia ser mais bem explorado, mas para que a equipe possa auxiliar nesse processo, ela também necessita de apoio e educação (KEAN, 2010; CLARKE; HARRISON, 2001; 2005, 2005a, 2005b). No entanto, a pesquisa de Vint (2005b) aponta que isso nem sempre ocorre na prática, já que 98% das UTIs pesquisadas não disponibilizaram formação que pudesse auxiliar os profissionais a oferecer suporte para as crianças que visitam seus familiares adultos que estão internados. E embora a participação do psicólogo na equipe não tenha sido mencionada diretamente pelos participantes, eles destacaram

a necessidade de preparação psicológica, de forma que a intervenção psicológica nesse contexto poderia ser útil (BORGES; GENARO; MONTEIRO, 2010; KEAN, 2010; FERREIRA; MENDES, 2013; SANTOS; ALMEIDA; JUNIOR, 2012; SANTOS et al., 2011; MARTINS; CASTRO, 2012).

Os familiares apontaram alguns critérios que devem ser considerados no momento da avaliação quanto à visita de crianças e adolescentes em UTI. São eles, a) vínculo afetivo existente entre criança e paciente; b) estado do paciente e gravidade da condição clínica; c) singularidade da criança. Estes critérios coincidem com alguns dos apontados no trabalho de Knutsson; Otterberg e Bergbom (2004), que também destacaram a relação próxima da criança com o paciente e a condição do paciente, especialmente nos casos em que envolve risco de morte, como argumentos utilizados para justificar a visita das crianças em UTIs adulto. Eles acrescentam ainda a idade da criança como um fator considerado e indicam que a visita tende a ser mais aconselhada nos casos em que a criança é mais velha. Borges, Genaro e Monteiro (2010) para além dos aspectos já mencionados, acrescentam ainda a avaliação da motivação da criança para a visita e da rede de apoio.

Em relação ao vínculo, os participantes relataram que a visita deveria ser considerada quando o familiar internado tem um forte vínculo afetivo com a criança ou adolescente em questão, como é evidenciado no relato a seguir.

“(…) Então assim, eu acho que quando a criança é muito apegada tem que ver”. (F1)

“Lá no outro hospital ela não entrou e não entrou nem no quarto, lá é mais restrito até no quarto. Lá ela ficou praticamente quatro meses sem ver a mãe dela (...) Eu achei nesse sentido lá muito rigoroso, não ajuda muito, tanto pra mãe quanto para o filho né, 4 meses afastado assim acaba criando uma barreira assim”. (F5)

Em relação ao estado do paciente e a gravidade de sua condição clínica, foi possível identificar duas perspectivas diferentes no relato dos participantes. Parte dos participantes indicou que a visita deveria ser considerada nas situações mais graves, onde a possibilidade de morte é iminente, pois nesse caso a visita poderia auxiliar no processo de despedida e elaboração do luto. Já outros participantes relataram que seria mais indicada a realização da visita no momento em que o paciente estiver lúcido e comunicativo ou quando o quadro clínico do paciente estiver mais estável, buscando evitar que o mesmo presenciasse uma

situação mais grave ou um possível óbito.

“Uma pessoa que está iniciando uma vida, presenciar uma coisa assim eu acho que é ruim, acho que é mais um momento de estabilidade, se está estabilizada, acho que sim”. (F5)

“Eu acho certo deixar em uma situação. Igual um senhor lá que estava, que agora faleceu, é bom, pelo menos despediu, isso eu acho certo. Mesmo sendo criança, eu acho certo se despedir de uma pessoa querida. Porque as crianças, apesar de tudo, gostam das pessoas assim, dos familiares. Eu achei certo a entrada da criança naquela hora. Fora dessa hora, eu não acho necessário uma criança entrar lá dentro, mesmo sendo bem apegado”. (F6)

O tempo de internação também foi considerado pelos participantes de forma que a visita foi mais indicada nos casos de internações prolongadas e sem perspectiva de alta. Nas situações em que a alta for breve, a maioria dos participantes considerou mais indicado aguardar a alta e levar a criança para visitar no quarto de enfermaria.

Considerações finais

Os discursos dos participantes demonstram as repercussões emocionais provocadas pela visita, destacando os benefícios de sua realização para as crianças, adolescentes e também para os próprios pacientes. Foram destacadas também suas preocupações em relação ao risco de contrair uma infecção, de provocar traumas e evidenciou-se a percepção de que a criança e o adolescente não têm capacidade de compreensão suficiente para conseguir lidar com essa situação. Quanto às recomendações para a visita sugerem critérios que necessitam ser considerados no momento de autorizar ou não a entrada de uma criança na UTI, que abarcam a questão da idade, mas não se resumem a esta.

O entendimento dos familiares entrevistados indica que a história de cada família e singularidade de cada um dos envolvidos merece ser examinada, mas isso não significa que a instituição não deva ter critérios claros e recomendações pré-estabelecidas para lidar com as visitas de crianças e adolescentes. Estes critérios não devem ser utilizados para enrijecer o processo e desconsiderar as questões específicas de cada família, mas para auxiliar a equipe a avaliá-las em conjunto com a família buscando a melhor alternativa para todos os envolvidos. Os familiares demonstraram preocupações pertinentes, as quais são

compartilhadas pelos profissionais, de acordo com a literatura. No entanto, essas preocupações não devem restringir a visita, pois os benefícios da mesma e a capacidade da criança e adolescente em lidar com essa situação, desde que sejam preparados para isto, também foram relatados por eles.

Os familiares apontaram a sua necessidade de orientação e relataram suas dificuldades para lidar com este cenário, o que evidencia a necessidade de desenvolver estratégias para fornecer as informações de forma adequada e que possibilite a compreensão. Sugere-se que sejam construídos e testados, por meio de pesquisas, materiais informativos buscando preparar melhor os familiares, independente de suas idades. Além disso, indica-se a necessidade de preparar e capacitar os profissionais para lidar com essa situação. Nesse sentido, o estudo e reflexão sobre o tema são necessários para que o profissional possa atender as necessidades dos familiares, bem como orientá-los no manejo dessas situações. Novos estudos com foco nas crianças, nos adolescentes, bem como nos profissionais de saúde são necessários para aprofundar a discussão sobre a temática e contribuir com as intervenções realizadas pela equipe. Já que eles têm não apenas o papel de informar como também de educar os familiares acerca da comunicação com a criança e adolescente e do manejo de sua entrada para visitar os pacientes internados em UTI.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho privilegiou a perspectiva de familiares acerca da visita de crianças e adolescentes aos pacientes internados em UTI, abarcando sua vivência e o seu entendimento em relação à temática. A literatura evidenciou que as políticas de visitação nas UTIs ainda são prioritariamente restritivas, limitando a entrada de crianças e adolescentes nesse contexto, que ainda é comumente associado ao risco de morte e desencadeia sentimentos como tristeza, medo e ansiedade. Constatou-se a pluralidade de trabalhos envolvendo a visita de familiares em UTI, sob a perspectiva dos envolvidos, pacientes, familiares e profissionais de saúde. No entanto, quando se trata da visita de crianças ou adolescentes à pacientes adultos internados em UTI, observa-se que os estudos são pouco frequentes, especialmente no Brasil. Nesse sentido, a presente pesquisa contribuiu para o avanço científico nessa área de conhecimento.

Ressalta-se a disponibilidade e abertura dos familiares ao falar sobre o tema. Observou-se que as perguntas realizadas para a coleta de dados despertou a reflexão dos familiares sobre o tema, possibilitando que repensassem sua forma de agir. Foi possível observar contradições em suas próprias falas ao longo da entrevista, o que pode indicar que eles não tinham uma opinião clara e previamente formada sobre o assunto e sugere a necessidade de promover espaços de reflexão sobre a temática. Além disso, foi possível perceber algumas das variáveis envolvidas na tomada de decisão sobre a autorização ou não da visita, e que a cada momento, com cada nova variável considerada, a decisão pode ser alterada. Este aspecto chama a atenção para a necessidade de se considerar a singularidade dos envolvidos em cada caso na tomada de decisão e no manejo da situação. No entanto, a singularidade não deve ser justificativa para que a equipe não tenha a definição de critérios claros e baseados em evidências para nortear a condução da visitação.

A compreensão acerca da forma como os familiares percebem a entrada de crianças e adolescentes para visitar os pacientes internados em UTI oferecem indícios sobre aspectos que precisam ser considerados em relação à intervenção multidisciplinar com famílias. Para o processo de tomada de decisão acerca da visita, recomenda-se a avaliação conjunta entre os profissionais de saúde e a família, incluindo a participação do psicólogo, quando houver na equipe. Em relação às variáveis a serem avaliadas, recomenda-se aspectos como a motivação da criança, do familiar e do paciente para a visita; a qualidade do vínculo afetivo entre a criança e adolescente com o paciente; a

capacidade de compreensão da criança e do adolescente acerca do processo de adoecimento e hospitalização e sua maturidade emocional; a rede de apoio familiar, bem como a condição clínica do paciente e sua gravidade.

Os resultados apontam para a necessidade de realizar uma preparação psicológica para a entrada dos visitantes em UTI, independente de suas idades. Aconselha-se a orientação dos familiares em relação às regras da visita, bem como a preparação dos mesmos para a visita por meio de informações acerca do ambiente e estrutura física da UTI, da condição que vão encontrar o paciente e da melhor forma de comunicação com o mesmo. Para as crianças e adolescentes, recomenda-se o preparo psicológico antes da visita, bem como o acompanhamento durante e após sua realização. Nesse sentido, os profissionais precisam conhecer aspectos do desenvolvimento infantil e da comunicação com crianças e famílias para informá-las e responder suas dúvidas adequadamente facilitando a compreensão. No entanto, se reconhece que nem todos os cursos de graduação na área da saúde enfatizam essas questões, demonstrando a necessidade de criar cursos de capacitação que incluam o cuidado com as famílias e sua singularidade para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto.

Esta pesquisa, a partir da perspectiva dos familiares e da revisão de literatura, proporcionou a reflexão de alguns elementos que poderiam ser avaliados e discutidos com esses profissionais, e posteriormente adaptados e incorporados na rotina da instituição.

Antes da visita, durante a comunicação é preciso verificar a quantidade de informação que a criança ou o adolescente quer receber, de forma que a comunicação seja processual e gradativa de acordo com as características de cada uma. Em alguns momentos, é necessário repetir as informações para garantir que elas sejam compreendidas. Destaca-se que a comunicação dos profissionais de saúde com a criança ou adolescente pode funcionar como um modelo para os familiares. Foi observado no relato dos participantes dessa pesquisa que os mesmos reconhecem suas dificuldades em relação a isso, o que demonstra que a intervenção da equipe nesse sentido também tem um caráter educativo, além de ser informativa.

Sugere-se, por exemplo, construir e utilizar recursos lúdicos com as crianças ou mesmo uma cartilha ou folheto com orientações para auxiliar a comunicação com ela. Neste material poderiam constar informações adequadas ao seu nível de compreensão, e para isso poderiam ser construídos materiais diferentes de acordo com a possibilidade de entendimento e maturidade emocional das crianças e

adolescentes em cada fase de seu desenvolvimento. Além disso, é indicado oferecer orientações também para os familiares adultos. Para eles, seria possível realizar um vídeo ou mesmo uma conversa antes da visita contemplando as características da unidade e as recomendações gerais para a visita, incluindo aspectos como a higienização das mãos e a comunicação com o paciente, além da comunicação e o manejo com a criança e adolescente. O recurso visual dos vídeos poderia ser adaptado e utilizado também com as crianças e adolescentes, pois eles tendem a ficar mais entretidos com essa forma de intervenção. No entanto, para garantir que as informações repassadas por meio dos materiais informativos sejam compreendidas, que as dúvidas sejam respondidas e os sentimentos despertados sejam acolhidos, especialmente em relação ao material voltado para as crianças e adolescentes, é indicado que seu uso seja mediado por profissionais capacitados. Em relação à utilização de cartilhas, vídeos ou outros materiais, destaca-se a necessidade dos mesmos serem construídos a partir de pesquisas e testados, também, por meio de pesquisas.

Durante a visita, recomenda-se acompanhar o familiar até o leito do paciente e apresentar o espaço físico e os equipamentos tecnológicos. Em relação à criança, recomenda-se que a mesma seja acompanhada por um familiar e por um profissional da equipe que esteja preparado para lidar com as possíveis repercussões emocionais provocadas pela visita. O mesmo cuidado deve ser aplicado aos adolescentes, pois estes também podem sofrer forte impacto emocional no momento da visita. Podem surgir muitas dúvidas ao longo do processo e é necessário que as mesmas sejam respondidas de acordo com a capacidade de compreensão de quem pergunta.

Após a visita, é importante verificar a percepção e elaboração das crianças e adolescentes acerca do que aconteceu durante a visita. Com as crianças, é possível utilizar a realização de desenhos e cartas para facilitar a comunicação. A utilização de desenhos, confecção de cartas, por exemplo, podem ser utilizados como um elo entre o paciente e sua família. Esses materiais podem ser levados ao paciente e deixados em seu leito, é possível utilizar murais nas paredes para a colocação de fotos ou outros registros familiares. Mesmo após a ida para casa, é importante retomar com a criança o que aconteceu no hospital e verificar se suas impressões estão prejudicando o seu cotidiano. A comunicação com a criança e adolescente é recomendada ao longo de todo o processo de adoecimento e hospitalização de um membro da família.

A revisão de literatura desta pesquisa indica uma lacuna nos estudos que retratam a perspectiva das crianças, dos adolescentes, dos

familiares adultos e dos profissionais as políticas de visitação de crianças e adolescentes em UTIs adulto no contexto brasileiro, o que indica a necessidade da realização de pesquisas relacionadas com o objetivo de descrever a compreensão de cada um deles sobre o tema. Além disso, são necessários mais estudos para avaliar as repercussões emocionais da visita nas crianças a curto, médio e longo prazo, bem como os riscos da visita, por exemplo, em relação à possibilidade de infecção e traumas psicológicos.

A amostra homogênea pode favorecer a identificação de peculiaridades e poderiam auxiliar a aprofundar a compreensão e discussão sobre a temática. Nesse sentido sugere-se a utilização de grupos mais homogêneos em futuras pesquisas, criados a partir de critérios de inclusão mais específicos, como por exemplo, um período mais longo de internação em UTI; a especificidade da doença, se crônica ou aguda; a gravidade do estado clínico. A realização da pesquisa após a alta do paciente da UTI se mostrou importante para evitar que a coleta de dados ocorresse no momento de maior instabilidade do paciente, o que poderia comprometer o estado emocional dos participantes. No entanto, excluiu os casos mais graves e que eventualmente evoluíram para o óbito durante a internação em UTI. Indica-se a observação como procedimento complementar na coleta de dados que poderia auxiliar na análise e discussão dos dados. O fato de a pesquisadora ter atuado como psicóloga no mesmo local da pesquisa ofereceu facilidades, tais como o conhecimento sobre os aspectos institucionais e funcionamento do serviço. No entanto, essa proximidade ofereceu também desafios para conciliar as percepções de pesquisadora e de psicóloga e manter a intimidade e distanciamento necessários para a realização da pesquisa. Apesar dos desafios, esta vivência possibilitou um aprendizado em relação à percepção dos familiares acerca da temática abordada e possibilitou a transformação de uma atividade do cotidiano profissional em uma experiência de pesquisa que pode vir a contribuir para a intervenção nesse contexto. No entanto, como já mencionado, essa temática não foi esgotada e necessita de outras pesquisas para aprofundar a reflexão e a sua adequação à prática.

REFERÊNCIAS

ADAMS, S.; HERRERA, A.; MILLER, L. Visitation in the intensive care unit. **Critical Care Nurse Quarterly**; v. 34, p.3-10, 2011.

AGARD, Anne Sophie; LOMBORG, Kirsten. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making, **Journal of clinical nursing**, 20, p.1106-1114, 2010.

ANZOLETTI, Antonio Boscolo et al. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. **Intensive Crit Care Nursing**. v. 24, n. 9, p. 366-374, 2008.

ARMELIN, Cláudia Batagin et al. A comunicação entre profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 15, n. 2, 45-54, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARKER, C; NIESWIADOMY, R. M.; ARNOLD, W. K. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care. **Heart Lung**. v. 17, n.4, p. 441-446, 1998.

BARROS, Luisa. **Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentalista**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

BARROSO, André Luiz Ruggiero. Instrumentos de pesquisa científica qualitativa: vantagens, limitações, fidedignidade e confiabilidade. **EFDportes Revista Digital**, ano 17, n.172, 2012.

BERTI, Dana; FERDINANDE, Patrick; MOONS, Philip; Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. **Intensive Care Medicine**; v. 33, p. 1060–1065, 2007.

BEUTER M; BRONDANI CM; SZARESKI C; CORDEIRO FR; ROSO CC. Sentimentos dos familiares acompanhantes. **Esc Anna Nery**, v.16, n.1, p. 134-40, 2012.

BECCARIA, Lucia M. et al. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 2, p.65-69, 2008.

BIANCOFIORE, G. et al. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professional. **Minerva Anesthesiol.**, v. 76, n.2, 2010.

BILEY, F. C.; MILLAR, B.J.; WILSON, A.M. Issues in intensive care visiting. **Intensive Critical Care Nursing**. v.9, n.2, p.75-81, 1993.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A.; MORÉ, C. L. O. O. **Pesquisas com famílias: aspectos teórico-metodológicos**. Paidéia (Ribeirão Preto), v. 18, n. 40, p.251-266, 2008.

BORGES, Katya Masae Kitajima; GENARO, Larissa Teodora; MONTEIRO, Mayla Cosmo. Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.22, n.3, p.300-304, 2010.

BOWEN, M. A reação da família a morte. In: F.Wash & M.McGoldrick (Org.). **Morte na família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991**. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. **Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.

BRASIL. **Portaria n.3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

CARROLL Diane L.; GONZALEZ Colleen E. Visiting preferences of cardiovascular patients. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 24, n. 4p.149–154, 2009.

CASTRO, Elisa Kern de; PICCININI, César Augusto. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.

15, n. 3, 2002.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristina Mercadante Esper. **Ciclo vital da família brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

CLARKE, Clare M. Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, p. 330–338, 2000.

CLARKE, Clare; HARRISON, Dawn. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. **Journal of advanced nursing**, v.34, n.1, p. 61-8, 2001.

COSTA JR, A. L.et al. O uso de manuais educativos em saúde pediátrica: Um exemplo de hemofilia. **Pediatria Moderna**, v.37, n.5, p.190-195, 2001.

COSTA, Jaquiline Barreto da et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

DAVIDSON, Judy E. et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. **Critical care medicine**, v.35, n.2, p.605-22, 2007.

Dezorzi LW, Camponogara S, Vieira DFVB. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: uma proposta de sensibilização. **Rev Gaúch Enferm**, v.23, n.1, p.84-102, 2002.

FARRELL Mary E.; JOSEPH Daily H.; SCHWARTZ-BARCOTT Donna. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. **Nursing Forum**, v. 40, p. 18–28, 2005.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2013.

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Campinas: Livro Pleno, 2004.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008.

FREITAS, Kátia Santana; MUSSI, Fernanda Carneiro; MENEZES, Igor Gomes. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2012.

FRIDH Isabel; FOSBERG Anna; BERGBOM Ingegerd. Close relatives experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 25, p. 111–119, 2009.

FUMAGALLI Stefano et al. Reduced cardio circulatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit – results from a pilot, randomized trial. **Circulation**, v. 113, p.946–952, 2006.

GABARRA, Leticia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. **Psicol. Argum.** Curitiba, v. 29, n. 65, p. 209-218, 2011.

GIANNINI A. Open intensive care units: the case in favour. **Minerva Anesthesiol.**,v. 73, n. 5, p. 299-305, 2007.

GIANNINI, A.; MICCINESI, G.; LEONCINO S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. **Intensive Care Medicine.** v.34, n.7, p.1256-1262, 2008.

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes et al. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, 2013.

GIBSON, Vanessa et al. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. **Nursing in Critical Care**, v.17, n.4, p.213-218, 2012.

HUNTER, J. D. et al. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. **Anaesthesia**, 65, p. 1101-1105, 2010.

HUPCEY, Judith E. Feeling safe: the psychological needs of ICU patients. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 32, p.361–367, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 2006.

JOHNSON, D. L. Preparing children for visiting parents in the adult ICU. **Dimensions of Critical Care Nursing**. v.1, n.3, p.152-4, 157-65, 1994.

JOHNSTONE, M. Children visiting members of their family receiving treatment in ICUs: a literature review. **Intensive Crit Care Nurs**. v.10, n.4, p.289-292, 1994.

KEAN, Susanne. Children and Young People's strategies to access information during a family member's critical illness. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 266–274, 2009.

KEAN, Susanne. Children and Young people visiting an adult intensive care unit. **Journal of advanced nursing**. v. 66, n.4, p.868–877, 2010.

KNUTSSON, Susanne E, OTTERBERG, Cecilia L, BERGBOM, Ingegerd L. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 20, n. 5, p. 264-74, 2004.

KNUTSSON, Susanne et al. Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 61, p. 154–162, 2008.

KNUTSSON, Susanne; BERGBOM, Ingegerd. Nurse's and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. **Nursing in Critical Care**. v. 12, n.2, p.64-73, 2007.

KOVACS, MARIA JULIA. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 4a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KUTASH, Mary; NORTHROP, Linda. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, p.384–388, 2007.

LIMA, Vanessa Rodrigues de; KOVACS, Maria Julia. Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 2, 2011.

MANZINI, Eduardo José. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, v.4, n.2, p.149-171, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA, Emanuelle Karoline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012.

MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 2a. ed. Trad. Dulce Matos. Lisboa: Instituto Piaget. Epistemologia e Sociedade, n.2, 1990.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004.

NOVA, Cristina; VEGNI, Elena; MOJA, Egidio Aldo. The physician patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. **Patient Education and Counseling**, v. 58, n. 3, p. 327-333, 2005.

NUNES MDR, DUPAS G, FERREIRA NMLA. Diabetes na infância / adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. **Rev Eletr Enferm**. [online]. 2007.

OLIVEIRA, Viviane Ziebell de et al. Comunicação do diagnóstico: Implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n.1, p. 9-17, 2004.

PEROSA, Gimol Benzaquen; RANZANI, Priscila Moreci. Capacitação dos médicos para comunicar más notícias às crianças. **Revista**

Brasileira de Educação Médica, v.32, n.4, p.468-473, 2008.

PREGNOLATTO, A. P. F., & AGOSTINHO, V. B. M.. O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. Em M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

PUGGINA, Ana Claudia et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2014.

QUINIO P.; SAVRY C.; DEGHELT A.; GUILLOUX M.; CATINEAU J.; DE TINTENIAC A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. **Intensive Care Medicine**; 28: 1389–1394, 2002.

RAMOS, Fernando José da Silva et al. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 4, 2014.

ROMANO, Beatriz Wilma (org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

ROZDILSKY, Janlyn R. Enhancing sibling presence in pediatric ICU. **Critical Care Nursing Clinics of North America**. v.17, n.4, p.451-61, 2005.

SANTOS, Sidney José dos; ALMEIDA, Sônia Aparecida de; JUNIOR, José Rodrigues Rocha. A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (UTI). **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, v.1, n. 1, p.11-16, 2012.

SANTOS, Samantha Nunes et al . Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

SCHLEDER, Letícia Preti et al . Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, 2013.

SCHMIDT, B.; BOLZE, S. D. A.; GONÇALVES, J.R.; GABARRA, L.M. **Terminalidade, morte e luto em famílias com crianças e adolescentes: possibilidades de intervenção psicológica**. In: Agnaldo

- Garcia e Rolando Díaz-Loving (orgs.). *Relações Familiares: Estudos Latino-Americanos*: Vitória, UFES, 2013.
- SENGIK, Aline Sberse; RAMOS, Flávia Brocchetto. Conceção de morte na infância. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, 2013.
- SILVA, Edna Lucia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005.
- SILVA, Fernanda Duarte da et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2012.
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010.
- SOUZA, R. P. **Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2010.
- TANG Chin-Sheng et al. Impact of patient visiting activities on indoor climate in a medical intensive care unit: A1-year longitudinal study. **American Journal of Infection Control**, v. 37, p.183–188, 2009.
- TATES, Kiek; MEEUWEESEN, Ludwien. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. **Social Science and Medicine**, v. 52, n.6, p. 839-851, 2001.
- TORRES, Wilma da Costa. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.
- URIZZI, Fabiane et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São

Paulo, v. 20, n. 4, 2008.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência.** Campinas, SP: Papyrus, 2003.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, 2002.

VINT, Pauline E. Children visiting adults in ITU – what support is available? A descriptive survey. **Nursing in Critical Care**, v. 10, n. 2, p. 64-71, 2005a.

VINT, Pauline E. An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. **Intensive Critical Care Nursing**, v.21, n.3, p.149-159, 2005b.

ZINN, Gabriela Rodrigues; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Dados de identificação do familiar entrevistado
Nome/Identificação:
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc Idade: Relação com o paciente:

Dados de identificação do paciente
Nome/Identificação:
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc Idade: Estado civil: Masc
Quanto tempo o paciente ficou internado na UTI?
Qual foi o motivo da internação? Ele já estava doente antes?
O paciente conseguia se comunicar durante o período que ficou internado na UTI?

Compreensão sobre a visita e as regras de visitação em UTI adulto
Como foi a visitação dos familiares ao paciente durante o período de internação na UTI?
O que você achou das regras em relação à visitação na UTI?

Experiência pessoal acerca da visita de menores de 18 anos em UTI adulto
Como foi a comunicação com a criança/adolescente acerca do adoecimento e internação hospitalar do paciente?
A criança/adolescente foi visitar o paciente durante a internação na UTI? Como foi o processo de decisão a respeito disso e a forma que lidaram com a situação?

Compreensão sobre a visita de crianças em UTI adulto
Qual sua opinião sobre a visita de crianças em UTI?
Na maioria das UTIs a visita de crianças não é recomendada. O que você pensa sobre isso?
Comentários:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Pesquisa: VISITA DE CRIANÇAS EM UTI – A COMPREENSÃO DOS FAMILIARES

Pesquisadoras responsáveis:

Maria Emília Pereira Nunes (48) 9948- 9202

Letícia M. Gabarra (48) 9119- 5780

O objetivo desta pesquisa é descrever a compreensão dos familiares quanto à visitação de crianças aos pacientes internados na UTI do HU/UFSC, para que assim, conhecendo melhor os sujeitos envolvidos nesse processo, seja possível refletir e propor intervenções que contribuam para uma assistência mais humanizada. Esta pesquisa constará de coleta de dados a partir de entrevistas semiestruturadas com os familiares, as quais serão gravadas para que possam ser posteriormente transcritas na íntegra e analisadas.

A participação no projeto de pesquisa não implicará em ônus nem ressarcimento de quaisquer despesas aos participantes. É possível que a pesquisa mobilize emoções relacionadas às lembranças da vivência em UTI. Caso isso ocorra, a pesquisadora, que é psicóloga, se compromete a realizar a escuta qualificada e o acolhimento da demanda, com posterior encaminhamento para Serviço de Psicologia do HU/UFSC, caso necessário. Salienta-se que os dados obtidos serão divulgados apenas com fins científicos, sendo garantido o sigilo absoluto quanto ao nome e identificação dos participantes.

Você poderá retirar a qualquer momento o consentimento de sua participação no estudo sem nenhum prejuízo de qualquer ordem ou natureza.

Prevê-se realizar a pesquisa durante o ano de 2014 e 2015. Sendo que ao término da pesquisa, você será informado dos resultados da mesma por meio de um relatório enviado para a UTI que ficará disponível para visualização de profissionais e usuários.

- Nome do Pesquisador: Maria Emília Pereira Nunes

- Assinatura do Pesquisador:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado,
concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui
devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os
procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que
posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve
a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome: _____

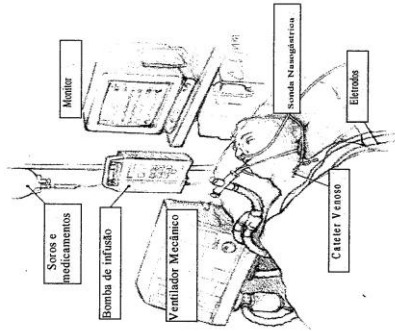
Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO 1 – Orientações para visitantes da UTI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO
 ERNANI DE SÃO THIAGO
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

UTI - HU



O tempo é...
 Lento demais para aqueles que esperam...
 Rápido demais para aqueles que tem medo...
 Longo demais para aqueles que sofrem...
 Curto demais para aqueles que estão longe...
 Mas para aqueles que amam...
 O tempo é eterno!

(Autor desconhecido)

ORIENTAÇÕES PARA VISITANTES

UTI



Elaboração:
 Adriana Christina Miranda
 Berenice Rubik
 Giselle Borba da Rosa
 Taise Costa Ribeiro Klein

Florianópolis, Dezembro de 2014
 (48) 3721 9193

Qualquer dúvida, dirija-se ao enfermeiro

INFORMAÇÕES GERAIS

A UTI é um ambiente com estrutura, equipamentos e pessoal preparado para cuidar de pessoas em situações especiais.

✓ Os pacientes internados na UTI ficam ligados a aparelhos para acompanhar os batimentos cardíacos e a respiração.

✓ Geralmente ficam sem roupas, cobertos com lençóis e cobertores, para melhor atendimento.

✓ As visitas são permitidas nos seguintes horários:

Manhã (seg à sex): das 11 às 11:30h

Tarde: das 15:30 às 17h (informações somente serão passadas das 15:30 às 16 horas)

Noite: das 20:30 às 21h

Não haverá visita pela manhã nos finais de semana.

✓ O Boletim médico referente aos pacientes, é divulgado aos visitantes diariamente as 15:30h.

✓ Ao entrar e sair da UTI lave bem as suas mãos.



✓ Para o paciente internado na UTI, a visita é muito importante. Então toque e acaricie. Converse com ele, mesmo que ele não responda: isso pode ser efeito da sedação.

✓ É comum os pacientes ficarem inchados na UTI, devido às medicações e soros.

✓ Solicitamos que os visitantes se revesem, entrando individualmente, durante o período liberado para a visita.

✓ É desaconselhável trazer crianças para visitas na UTI.



✓ Se desejar, pode trazer para seu familiar sabonete, shampoo e creme hidratante de sua preferência.

✓ Procure levar para casa os pertences que estejam com o paciente internado na UTI, tais como alianças, anéis, celulares, dinheiro, documentos, etc.

✓ É importante que seja informado ao enfermeiro os números de telefone para contato.

✓ Para evitar mal entendidos, não fornecemos informações sobre o estado do paciente pelo telefone.

ANEXO 2 – Parecer de aprovação pelo comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VISITA DE CRIANÇAS EM UTI: VIVÊNCIAS E REFLEXÕES DOS FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: LETÍCIA MACEDO GABARRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15286313.7.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 318.758

Data da Relatoria: 10/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa encaminhado pela Professora Leticia Macedo Gabarra e Maria Emilia Pereira Nunes, que pretende investigar as reflexões de familiares e profissionais de saúde sobre a visitação de crianças aos familiares internados na UTI do HU/UFSC.

A metodologia da pesquisa se divide em duas etapas: a primeira com a coleta de dados junto aos familiares através de pesquisas semi-estruturadas e a segunda prevê realização de grupos focais com os profissionais que atuam diretamente na assistência aos pacientes na UTI adulto do HU/UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo principal "Conhecer as vivências e reflexões dos familiares e dos profissionais de saúde vinculados à realidade da UTI do HU/UFSC quanto à visitação de crianças aos pacientes internados nessa unidade."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora prevê, como riscos, a mobilização de "emoções relacionadas às lembranças da vivência em UTI" e se propõe solucioná-lo com "a escuta qualificada e o acolhimento da demanda, com posterior encaminhamento para serviço de saúde especializado, caso necessário. Como benefícios, aponta "propor intervenções que melhorem a qualidade da assistência, deixando o ambiente e o

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 318.758

serviço oferecido mais humanizado para todos os envolvidos nesse processo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, esta consciente dos riscos que a metodologia pode ter e propõe soluções. Propõe a realização das etapas da pesquisa em uma sala de aulas existente na UTI do Hospital, apropriada para este tipo de intervenção. A pesquisa exclui participantes menores de 18 anos e familiares que possuem pacientes internados em estado de morte iminente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta declaração da instituição, projeto detalhado incluindo orçamento, formulário modelo da entrevista semi-estruturada e TCLE com informações pertinentes e linguagem acessível.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 27 de Junho de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br