

A Visita em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Perspectiva da Equipe Multiprofissional

The Visit in an Adult Intensive Care Unit: Perspective of the Multiprofessional Team

La Visita en Unidad de Terapia Intensiva Adulto: Perspectiva del Equipo Multiprofesional

Paola Nunes Goularte¹
Letícia Macedo Gabarra
Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo

Mudanças no paradigma de cuidado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) têm estimulado a ampliação dos horários de visita e a política de UTI aberta em algumas instituições. Este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a ampliação/flexibilização da visita em UTI e analisar os critérios considerados na tomada de decisão sobre a sua duração. A pesquisa, realizada em um hospital universitário no sul do Brasil, caracteriza-se por uma abordagem multimétodo e foi desenvolvida em duas etapas: aplicação de questionário fechado (N = 72) e realização de entrevista semiestruturada com apresentação de dois casos clínicos (N = 7). A análise dos dados evidenciou que os profissionais percebem a flexibilização da visita como benéfica para pacientes e familiares, mas apresentam ambivalências quanto às repercussões na rotina de trabalho. Recomenda-se promover espaços de diálogo e capacitação para que a equipe esteja apta a adotar uma política de visita menos restritiva.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva, humanização da assistência, psicologia hospitalar

Abstract

Changes in the care paradigm in the Intensive Care Units (UTI) have stimulated the expansion of visiting times and the open UTI policy in some institutions. This study aimed at the perception of health professionals about an extension/flexibilization of the UTI visit and to analyze the basic criteria used in the decision making about their duration. The research, carried out in a university hospital in the south of Brazil, characterized by a multi-method approach, developed in two stages: closed questionnaire (N = 72) and semi-structured interview with presentation of two clinical cases (N = 7). The data analysis showed that the professionals perceive a flexibilization of the visit as well-being for patients and their families, but presented ambivalence regarding repercussions in the work routine. It is recommended to promote spaces for dialogue and training so that the team is able to adopt a less restrictive visit policy.

Keywords: Intensive Care Unit, humanization assistance, hospital psychology

Resumen

Cambios en el paradigma de cuidado en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) han estimulado la ampliación de los horarios de visita y la política institucional de UTI abierta en algunas instituciones. Este estudio tuvo como objetivos comprender la percepción de profesionales de salud sobre la ampliación/flexibilización de la visita en UTI y analizar los criterios considerados en la toma de decisión sobre su duración. La investigación, realizada en un hospital universitario del sur de Brasil, tuvo dos etapas: aplicación de cuestionario cerrado (N = 72) y realización de entrevista semi-estructurada con presentación de dos casos clínicos (N = 7). El análisis de datos evidenció que los profesionales perciben la flexibilización de la visita como beneficiosa para pacientes y familiares, pero presentan posicionamiento ambivalente en cuanto a las repercusiones en la rutina de trabajo. Se recomienda promover espacios de diálogo y capacitación para que el equipo esté apto para adoptar una política de visita menos restrictiva.

Palabras clave: Unidades de Terapia Intensiva, humanización de la atención, psicología hospitalaria

¹ Endereço de contato: Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil, CEP: 88036-800. Telefone: (48) 3721-8080. E-mail: goularte.pn@gmail.com

Introdução

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com frequência é considerado altamente estressante pelos pacientes, seus familiares e pela equipe de saúde que atua no setor (Lucchessi, Macedo, & De Marco, 2008). A presença de um nível constante de tensão está atrelada tanto à alta complexidade tecnológica como pelas situações iminentes de emergência e instabilidade. Nesse sentido, as UTIs são vistas, pelas pessoas em geral, como locais de preocupação e medo, sustentando a imagem de uma unidade fechada, restrita, de acesso limitado para os familiares, o que dificulta o contato do paciente com sua rede de apoio (Oliveira, 2002).

Severo e Girardon-Perlini (2005) investigaram as percepções dos pacientes em relação à sua vivência quando internados em uma UTI. O discurso dos entrevistados considerou a unidade como sinônimo de local de sofrimento, pouco acolhedor, associado à morte e doença grave. Os fatores destacados pelos participantes foram: o desconforto por permanecerem despídos; o fato de ter a realização da higiene pessoal feita por pessoas estranhas; a insegurança, principalmente pelo afastamento da família; a angústia pela falta de informações; e a desorientação em relação ao tempo e ao espaço.

No que diz respeito aos familiares, Reis, Gabarra e Moré (2016) defendem que a família é parte integrante do paciente internado em UTI, sendo o horário de visita um dos momentos de maior expectativa dos familiares. Segundo as autoras, as mudanças decorrentes da hospitalização de um dos membros da família são significativas, interferem em toda a dinâmica familiar e ultrapassam os limites do hospital, refletindo em todo o cotidiano dos envolvidos.

Nas UTIs neonatais e pediátricas, já se reconhece a importância da presença da família em período integral no hospital, sendo algo implementado desde a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (Collet & Rocha, 2004). Enquanto isso, nas UTIs para pacientes adultos, ainda predominam as políticas restritivas de visita; no estudo multicêntrico realizado por Ramos, Rego, Fumis, Azevedo, e Schettino (2014), apenas 2,6% das UTIs brasileiras relataram ter políticas de visita aberta.

A tendência, no entanto, é de mudança neste cenário. Desde 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), cada vez mais se identifica a importância do acolhimento ao paciente, de considerar as necessidades dos familiares e de incluí-los no processo de cuidado, da comunicação e do bom relacionamento interpessoal entre paciente-equipe-família. Esta mudança de paradigma tem estimulado a ampliação dos horários de visita e a adoção da política de UTI aberta por algumas instituições (Ferreira, Estevam, Guimarães, Valadares, & Tannure, 2013).

Estudos reconhecem que as famílias são um recurso importante para reduzir os sintomas de estresse, ansiedade e depressão provocados pela enfermidade crítica (Garrouste-Orgeas et al., 2008; Stricker et al., 2009). No entanto, de acordo com Maciel e Souza (2006), geralmente determinam-se o horário e o número de visitantes conforme as necessidades e prioridades da instituição, e não da pessoa hospitalizada.

Ramos, Fumis, Azevedo, e Schettino (2013) realizaram uma pesquisa com médicos, enfermeiros e fisioterapeutas de uma UTI privada brasileira em que a visita aberta vem sendo adotada nos últimos cinco anos, sendo permitido aos membros da família visitarem o pa-

ciente a qualquer momento do dia e da noite. Constatou-se que os profissionais percebem as políticas abertas de visita como benéficas especialmente para os pacientes, mas não tanto para a família ou para a equipe. Segundo Lallemand et al. (2010), as dificuldades para que os familiares permaneçam mais tempo junto aos pacientes giram em torno de barreiras como: estrutura física, violação da intimidade dos pacientes, prejuízo para a família e problemas para o profissional (dificuldade para a prestação de cuidados pela equipe, desconforto e estresse para os profissionais e maior carga de trabalho). Não se pode deixar de considerar que a equipe de saúde também é afetada pelo estresse e pela angústia da UTI (Pereira, Souza, Bezerra, Bezerra, & Bezerra, 2015).

A visita em UTI é tema de pesquisa em diversos países (Giannini, Miccinesi, & Leoncino, 2008; Hunter, Goddard, Rothwell, Ketharaju, & Cooper, 2010; Spreen & Schuurmans, 2011), mas são poucos os estudos no Brasil. Está bem estabelecido na literatura que as famílias e os pacientes desejam e se beneficiam da visita aberta, a dificuldade está na resistência dos profissionais a esta mudança, uma vez que ainda não existe uma recomendação formal e cada instituição tem permissão para decidir sua própria estratégia de visita (Ramos, Fumis, Azevedo, & Schettino, 2013). Assim, este estudo teve como objetivos: compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a ampliação/flexibilização da visita em UTI e analisar os principais critérios considerados pela equipe multiprofissional na tomada de decisão sobre a duração da visita.

Método

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo, realizado em duas etapas: uma quantitativa e outra qualitativa, com o intuito de compreender o fenômeno de forma mais ampla (Serapioni, 2000). A metodologia escolhida tornou possível, primeiramente, por meio de um questionário do tipo *survey*, com perguntas fechadas, obter o posicionamento geral da equipe acerca dos critérios para ampliar/flexibilizar os horários de visita, para, em seguida, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, apreender os significados atribuídos à visita e à política de visita ampliada, integrando os resultados.

Caracterização da Equipe de Saúde e do Local de Coleta dos Dados

A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde que atuam na UTI adulto de um hospital-escola, exclusivamente público, localizado no sul do Brasil, que atende pacientes clínicos e cirúrgicos. A equipe multiprofissional é composta por 47 auxiliares e técnicos de enfermagem, 15 enfermeiros, 20 médicos, quatro fisioterapeutas, uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social e uma fonoaudióloga, além de residentes que atuam no setor.

A UTI conta com 12 leitos ativos, separados entre si por paredes, e possui três horários de visita: 11h às 11h30min; 15h30min às 17h; e 20h30min às 21h. As informações sobre os pacientes são repassadas pelo médico assistente aos familiares, diariamente, às 15h30min. Os visitantes podem entrar em duplas e dividir o horário conforme preferirem, a entrada de crianças na visita é proibida, porém há flexibilização da regra em alguns casos, após avaliação da equipe multiprofissional. Quando menores de 18 anos e pessoas com deficiência mental estão internados, é permitida a presença de um acompanhante em tempo integral.

Considerações Éticas

Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2016, após aprovação pela direção do hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer nº 1.599.481). O aceite dos participantes foi obtido mediante adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado também pelas pesquisadoras, em duas vias. O desenvolvimento do estudo respeitou todas as exigências da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Primeira Etapa

Todos os profissionais efetivos (n = 91) foram convidados a responder o questionário do tipo *survey* elaborado pelas pesquisadoras. Os critérios de inclusão consistiram em: (1) ser funcionário alocado na UTI; (2) prestar assistência direta aos pacientes e/ou familiares. Foram excluídos os residentes e funcionários com vínculo empregatício temporário.

O instrumento era composto pelos seguintes itens: a) dados sociodemográficos do profissional de saúde, como sexo, idade, profissão e tempo de trabalho em UTI; b) três questões fechadas que investigavam fatores sobre o paciente que poderiam interferir no aumento do tempo permitido para visitação, em que o participante deveria marcar 0 – indiferente ou 1 – importante; e, c) uma questão de múltipla escolha em que deveriam ser assinalados até cinco critérios que justificassem a ampliação do horário de visita entre doze itens listados.

Os dados obtidos foram tabulados e organizados em uma planilha eletrônica com representação gráfica no programa *Microsoft Excel*. Utilizou-se a estatística descritiva, com cálculo de medidas de posição, dispersão, frequência simples e percentual, para a análise dos dados.

Segunda Etapa

Realizou-se uma entrevista individual e semiestruturada com as chefias das diferentes profissões (n = 7), mantendo um representante de cada serviço (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Serviço Social e Técnico de Enfermagem). A psicóloga não foi incluída como participante pelo fato de estar diretamente envolvida enquanto pesquisadora.

A entrevista foi composta por cinco questões abertas e partiu de eixos norteadores, baseados no recomendado por Moré (2015). O roteiro-guia abordou a vivência dos profissionais em UTI, a percepção acerca do dispositivo da Visita Ampliada e a reflexão a partir de dois casos clínicos hipotéticos, apresentados no Quadro 1. Os relatos dos participantes foram gravados em áudio, transcritos na íntegra e organizados em categorias e subcategorias de análise, após uma leitura exaustiva do material, de acordo com o método da Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2011).

Caso 1 – Paciente de 25 anos, mulher, puérpera, internada com diagnóstico de Síndrome de Hellp, é professora universitária. Está lúcida, orientada e contactuante, mas precisa permanecer sob cuidados intensivos para monitorar/corrigir disfunção hepática. Apresenta dificuldade de dormir e comportamento ansioso, solicitando a equipe muitas vezes ao dia. O esposo está de atestado no trabalho e demonstra interesse em ficar mais tempo com a paciente, uma vez que o bebê permanece internado na UTI Neonatal deste mesmo hospital.

Caso 2 – Paciente de 78 anos, homem, internado por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, é extubado após oito dias de tubo orotraqueal. É casado, possui oito filhos, está aposentado. Desperta agitado e com *delirium* hiperativo, chamando pelos familiares. A esposa tem dificuldade de vir ao hospital devido a quadro de artrose, os filhos se revezam de acordo com seus horários de trabalho. A filha mais velha, que é a principal cuidadora dos pais, consegue vir apenas na visita da manhã, em função do seu trabalho no município vizinho durante o turno da tarde. Queixa-se que viaja por três horas (ida e volta) e só pode ficar com o pai 30 minutos.

Quadro 1. Casos clínicos fictícios utilizados no roteiro-guia da entrevista semiestruturada

Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 72 profissionais de saúde; destes, 48 participantes são da equipe de enfermagem (Enfermagem, Auxiliar e Técnico de Enfermagem), 16 da equipe médica e 8 da equipe de apoio (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social).

Os 72 participantes em sua maioria eram do sexo feminino (72,22%), com idade média de 40 anos (desvio padrão 8,50). O tempo de atuação dos profissionais em UTI variou de 1 ano a 33 anos (média de 10,62). O Quadro 2 apresenta a distribuição dos sujeitos entre as três equipes profissionais e demonstra a representatividade da amostra.

	Porcentagem de Composição da Equipe Profissional (n)	Porcentagem de Participantes do Estudo (n)	Porcentagem de Cada Equipe na Amostra
Equipe Médica	22% (20)	80% (16)	22,2%
Equipe de Enfermagem	68% (62)	77,4% (48)	66,7%
Equipe de Apoio	10% (9)	89% (8)	11,1%

Quadro 2. Comparação entre a distribuição da frequência de profissionais do setor e participantes do estudo, de acordo com a especialidade técnica

Em relação às variáveis que os profissionais de saúde consideraram importantes ou indiferentes na tomada de decisão sobre ampliar o horário de visita de um paciente crítico, a) ser menor de 18 anos (86,1%); b) ser idoso (65,5%); c) e ter prognóstico paliativo (86,1%) foram elementos considerados predominantemente importantes pelos profissionais da amostra, conforme ilustrado na Figura 1. Observa-se a não diferenciação dos pacientes em relação ao gênero, sugerindo que este fator não possui impacto na decisão de prolongamento do horário de visita do paciente em UTI.

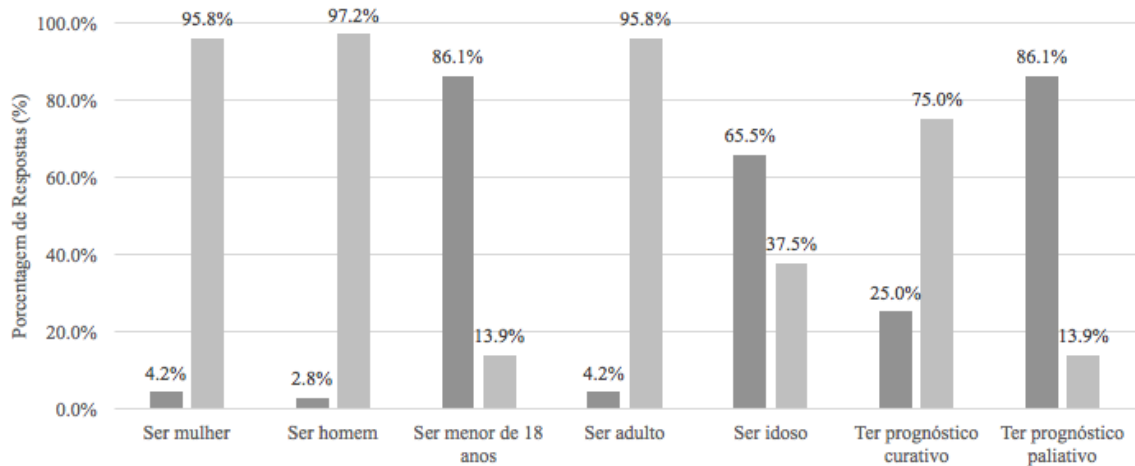


Figura 1. Comparação entre respostas positivas e negativas em relação às variáveis que influenciam na decisão de ampliar o horário de visita do paciente em UTI

Legenda: As barras de cor cinza escuro representam a porcentagem de respostas que consideram a variável importante. As barras de cor cinza claro representam a porcentagem de respostas que consideram a variável indiferente.

Sobre as características dos pacientes e sua influência na ampliação do horário de visita em UTI, os dados sugerem que as três principais características que influenciam na decisão dos profissionais de saúde desta amostra são: a) Ter deficiência física ou mental (70,83%); b) Se o paciente está ansioso ou deprimido (68,06%); c) Caso a paciente seja gestante ou puérpera (61,11%). Contrastando estas características, o fato de o paciente ter traqueostomia (2,78%) ou ser dependente químico (6,94%) tem menor porcentagem de respostas positivas. Os resultados das demais características contempladas pelo questionário podem ser observados na Figura 2.

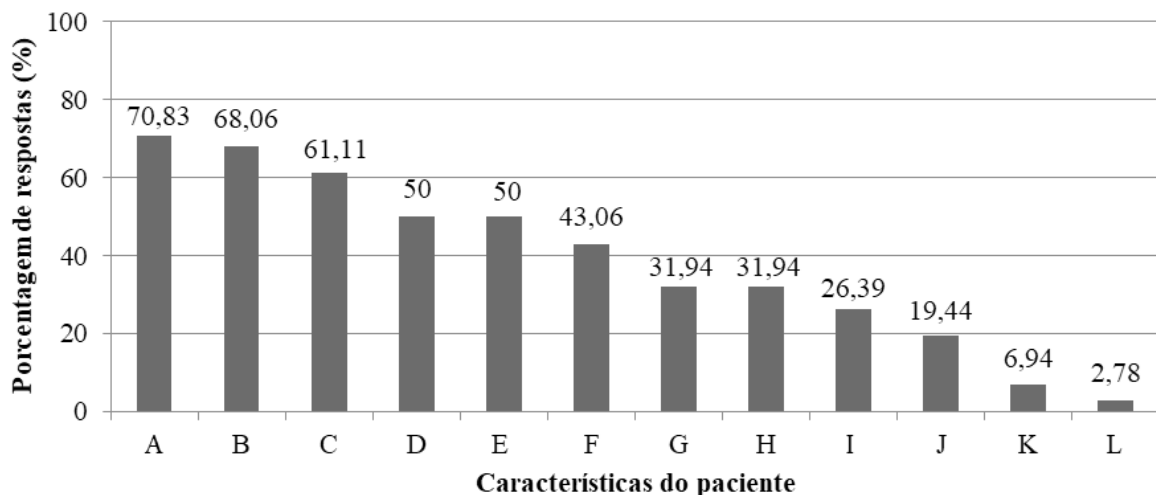


Figura 2. Comparação da porcentagem de respostas positivas em relação às características do paciente que influenciam na ampliação do horário de visitas de pacientes em UTI.

Legenda: As barras de cor cinza representam a porcentagem de respostas positivas. (A) Ter algum tipo de deficiência física ou mental; (B) Estar ansioso ou deprimido; (C) Ser gestante ou puérpera; (D) Família ter condições psicossociais de permanecer na UTI; (E) Desejo do paciente de ter acompanhante; (F) Ter diagnóstico psiquiátrico prévio; (H) Nível de consciência do paciente; (I) Apresentar quadro de *Delirium*; (J) Família ter desejo de permanecer na UTI; (K) Família ter disponibilidade para permanecer na UTI; (L) Ser dependente químico; (M) Paciente estar com traqueostomia.

No que diz respeito aos dados obtidos na segunda etapa da pesquisa, o Quadro 3 apresenta as três grandes categorias que emergiram a partir das entrevistas. Partindo das ideias centrais dos representantes de cada área profissional, todas as categorias deram origem a subcategorias, descritas e ilustradas a seguir, de acordo com as falas dos entrevistados.

Categorias	Subcategorias
1. Posicionamento sobre a visita aberta ou ampliada	1.1 Ambivalência 1.2 Singularidade de cada paciente 1.3 Relação com os familiares
2. Impacto da duração da visita na rotina de trabalho da equipe	2.1 Carga de trabalho 2.2 Necessidade de adaptações 2.3 Regra geral ou avaliação de cada caso
3. Desafios para a ampliação/flexibilização da visita em UTI	3.1 Estrutura e espaço físico 3.2 Capacitação da Equipe

Quadro 3. Apresentação das Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo

Posicionamento sobre a Visita Aberta ou Ampliada

Esta categoria refere-se à opinião dos profissionais sobre a política de visita aberta ou ampliada. O discurso dos entrevistados mostrou uma ambivalência em relação a vantagens e desvantagens da proposta, como ilustra a fala a seguir:

Eu acho uma proposta interessante, mas também penso assim, que isso tudo tem que ser avaliado, porque é um passo bem maior. . . . Aquele paciente de UTI que é muito grave, acho que para mim não é claro o quanto de benefícios isso traz para o paciente e para o acompanhante, então acho que isso tem que ser ainda estudado, avaliado. (Nutrição)

Os profissionais entrevistados percebem a singularidade de cada pessoa e verbalizam dúvidas sobre que tipo de paciente teria necessidade ou se beneficiaria da visita ampliada. Ainda, aparece nos relatos o colocar-se no lugar do paciente, na forma de empatia ou de identificação, sensibilizando-se e reconhecendo as peculiaridades do ambiente de UTI:

Cada um é cada um, tem alguns pacientes até que você percebe que na hora da visita ele piora, ele fica agitado, fica taquicardíaco. . . . Eu, se eu fosse paciente, eu gostaria de ficar com acompanhante na UTI, imagina um ambiente desse, barulho para todo lado, alarme, correria para lá, correria para cá, e você ali sem saber, sem conseguir reagir, eu iria gostar de ter alguém ali do meu lado, pelo menos para eu saber que eu não estava sozinha. (Enfermagem)

No que diz respeito à família, foi consenso entre os participantes deste estudo que é necessário um acolhimento e/ou avaliação dos acompanhantes para que a relação da tríade equipe-paciente-família seja benéfica e não conflituosa. A fala abaixo explicita esse cuidado em orientar os familiares desde o momento da internação:

Eu acho que vai ajudar, na maioria dos casos, mas depende muito do esclarecimento que for dado pela equipe à família, para que a família possa efetivamente ajudar e não surgir algum conflito no meio dessa relação. . . (Medicina)

Existe também uma preocupação em relação aos efeitos negativos que o ambiente de UTI pode ter sobre o familiar, evidenciando a necessidade de que o acompanhante receba suporte da equipe multiprofissional e seja assistido pela psicologia.

Não sei se todo o familiar estaria preparado também para isso. Não só preparado para assistir o parente dele, o familiar dele, mas estar preparado para o que às vezes acontece ao lado. . . . Também não pode ser aquela família que deixa o paciente mais nervoso, mais ansioso, mais agitado. Mas eu acho que na família tu [a psicóloga] sempre consegue identificar alguém que tenha condições de ficar mais perto da pessoa. (Fisioterapia)

Impacto da Duração da Visita na Rotina de Trabalho da Equipe

Nesta categoria, destacou-se que a duração da visita causa um impacto na rotina de trabalho da equipe, tanto em relação ao aumento da carga de atividades quanto à necessidade de mudanças nas rotinas de cuidado. A carga de trabalho foi um elemento importante citado por todos os entrevistados e aqui ilustrado:

Querendo ou não, é mais uma pessoa para você estar atendendo, além de atender o paciente, muitas vezes você também tem que dar atenção ali para o acompanhante e a rotina da UTI muitas vezes é bem agitada, não é? . . . Haveria mais um, mais desgaste da gente, entendeu? (Enfermagem)

Os profissionais percebem que seriam necessárias adaptações na rotina e nos procedimentos, principalmente no que diz respeito ao trabalho da Enfermagem. Os entrevistados demonstraram não se sentirem confortáveis em realizar alguns procedimentos na presença do familiar, apresentando como opção pedir para ele aguardar do lado de fora do leito durante as atividades.

Eu acho que talvez comprometeria um pouco as rotinas de cuidados da enfermagem, no sentido de banho, mudança de decúbito, mas também nada que não pudesse ser conversado com a família e pedir para aguardar do lado de fora enquanto são feitos estes procedimentos. (Medicina)

Quando discutido se a duração da visita deveria ser uma regra geral ou uma avaliação de caso a caso, as opiniões divergiram entre as profissões. Alguns dos participantes consideraram o princípio da igualdade, enquanto outros prezaram pela equidade. Já a Fonoaudiologia sugeriu que a equipe tenha um instrumento de avaliação que auxilie na tomada de decisão.

Eu acho que não deveria ser uma regra geral para todos, eu acho que não. Acho que deveria ser caso a caso. (Fisioterapia)

Acho que uma regra geral para todos os pacientes, acho que teria que ser direito de todos, independente do paciente. (Serviço Social)

Acho que a gente tem que ser guiado por algum instrumento, por algo que deixe isso mais seguro para todos os lados. (Fonoaudiologia)

Desafios para a ampliação/flexibilização da visita em UTI

A terceira categoria abordou os desafios que precisam ser superados para que seja possível implementar uma nova política de visita na UTI pesquisada. Foi recorrente na fala dos profissionais a limitação de estrutura e espaço físico.

A única pena é que assim, é tudo muito limitado, a estrutura física . . . , então acho que se tivesse uma estrutura física melhor, se tivesse mais funcionários para dar atenção também para esse familiar, eu acho que seria legal, no momento aqui eu acho inviável. (Enfermagem)

Já o Serviço Social traz uma diferente perspectiva, percebendo que as dificuldades podem ser contornadas. O profissional do Serviço Social entrevistado atende outros setores do hospital, além da UTI, o que talvez complemente sua posição.

Uma dificuldade seria talvez, às vezes pela questão do espaço, os quartos ali na UTI não são tão amplos e tem que dividir a cama dos pacientes com os equipamentos, então teria que ajeitar ali, organizar isso, mas acho que não seria um problema tão grande. . . . Banheiro para o acompanhante a gente tem, alimentação para o acompanhante a gente fornece nas outras clínicas. (Serviço Social)

Outro ponto citado foi a necessidade de capacitação da equipe. Os profissionais identificam que desconhecem UTIs que possuam a visita ampliada ou aberta, explicitando dúvidas e a necessidade de se sentirem preparados para essa possibilidade.

Eu nunca li nada sobre isso, eu não sei de experiências de outros lugares, de como é que funciona, então eu tenho muita dúvida, de como seria a logística de tudo isso. . . . A equipe precisaria ser treinada, porque a nossa equipe, ela não é treinada para isso. Eu digo equipe todos nós, eu também não sou treinada para ter um familiar o tempo todo aqui. (Fisioterapia)

Ainda sobre capacitação, emerge a importância de espaços de discussão entre os profissionais, principalmente para que a posição de todos os trabalhadores seja respeitada e a postura da equipe seja coesa diante da proposta de visitação.

A equipe tem que falar a mesma língua, tipo não é 'aquele enfermeiro é bonzinho, deixou eu ficar', entendeu, tem que ser um consenso né, tem que todo mundo falar a mesma língua, se é sim é sim, se é não é não. Não é a critério do enfermeiro, entendeu, acho que não pode ser assim. (Enfermagem)

Percebe-se que alguns profissionais em seus plantões mostram-se mais sensíveis à questão da visita e acabam permitindo que os familiares permaneçam na unidade por um tempo prolongado. Tal prática inicialmente positiva, no entanto, mostra-se também geradora de conflitos, uma vez que os critérios ficam confusos para os pacientes e seus acompanhantes.

Quando os casos clínicos foram apresentados, os profissionais tiveram uma posição mais favorável sobre a flexibilização e ampliação do tempo de visita, a despeito das limitações que anteriormente haviam sido citadas, como exemplificou a fala da técnica de enfermagem:

Imagina você viajar 3 horas para poder ficar 30 minutos com teu pai, é meio absurdo, né, eu abriria para ele também, abriria para os dois, com certeza. Mas é aquilo, acho que cada caso tem que ser estudado, né.

Os critérios utilizados no processo de tomada de decisão sobre a conduta de ampliação e flexibilização diante dos casos clínicos foram: características dos pacientes (agitação, ansiedade, *delirium*, fragilidade emocional, solicitante), da família (morar distante do hospital, trabalho, disponibilidade), estágio da doença (gravidade, prognóstico); aspectos sobre a segurança do paciente; formas de enfrentamento da situação (visita como distração, apoio emocional, conversar, fornecer informações). Os participantes, após a leitura dos casos, fizeram propostas de visita aberta e visita ampliada, destacando a necessidade de consenso da equipe (comunicação) e de clareza sobre o período para a flexibilização da visita (se em casos específicos ou se durante toda a internação). Os participantes refletiram sobre a complexidade do olhar individualizado *versus* as rotinas/regras, com indicativo de um maior foco no paciente e em suas particularidades.

Discussão

Os dados desta investigação evidenciam que o paciente na idade adulta foi visto pela equipe multiprofissional como menos vulnerável em comparação a idosos e menores de 18 anos. No entanto a literatura científica diz que o adoecimento e o contexto de hospitalização podem contribuir para uma fragilidade emocional, independentemente da fase no ciclo de vida (Rolland, 1995). Quanto à flexibilização dos horários de visita nos casos de prognóstico paliativo, o resultado aqui apresentado vai ao encontro do estudo de Ramos, Rego, Fumis, Azevedo, e Schettino (2014) que diz que 98,7% das UTIs permitem períodos flexíveis de visita em situações especiais, principalmente nos casos de fim de vida.

No que se refere aos indicadores menos citados, destaca-se que o paciente traqueostomizado foi o critério com menor frequência de respostas positivas, contrapondo a fragilidade da complexa experiência da traqueostomia, descrita como desagradável e desconfortável (Foster, 2010), que gera um corte com a comunicação, mas não impede que a família tenha um contato afetivo com o paciente. A presença dos familiares, aliada à utilização de recursos como gestos e comunicação escrita, facilita o entendimento das necessidades dos pacientes e pode contribuir com o trabalho da equipe (Gomes, Aoki, Santos, & Motter, 2016).

Em relação ao paciente dependente químico, uma hipótese possível seria a representação social do dependente químico como sujeito que apresenta uma ruptura de redes muito forte, relações conflituosas com a família e até mesmo com a lei (Medeiros, Maciel, Sousa, Tenório-Souza, & Dias, 2013). No entanto sabe-se que a inserção de um ente querido no cuidado deste paciente é fundamental para o tratamento. Crauss e Abaid (2012) destacam que é necessário envolver a família e prepará-la para enfrentar as dificuldades que estarão por vir após a alta hospitalar, uma vez que o paciente precisa ter uma rede de apoio que lhe dê segurança para o bom andamento de sua recuperação.

Já os critérios mais citados como justificáveis para ampliação/flexibilização do horário de visita (ter algum tipo de deficiência física ou mental; estar ansioso ou deprimido; ser gestante ou puerpera) foram coerentes com a fragilidade da situação vivenciada. Assim, sugere-se

que a equipe de saúde se solidariza em especial com estes casos, julgando como mais extremos do que outros.

A ambivalência dos profissionais quanto às vantagens ou desvantagens da visita aberta é um dado que também aparece no estudo de Molina, Varela, Bercini, Castilho, e Marcon (2007) que teve como contexto UTIs neonatal e pediátrica. O presente artigo corrobora o resultado encontrado pelos autores acima citados de que os profissionais reconhecem a importância da família para a recuperação do paciente ao mesmo tempo que há uma resistência em aceitar a presença de uma outra pessoa no seu cotidiano de trabalho.

Os profissionais relataram que consideram a singularidade dos pacientes e prestam uma assistência humanizada, uma vez que os princípios básicos da política de humanização defendem que cada paciente é único e possui necessidades e valores individuais (Brasil, 2007). O mesmo acontece em relação às famílias; uma vez que cada familiar vivencia o momento de forma particular, a equipe deve estar atenta para perceber as necessidades que surgem e se mostrar sensível para oferecer o suporte necessário (Urizzi et al., 2008).

Por outro lado, os profissionais percebem desafios para a implementação de uma política de visita aberta. As principais barreiras citadas pelos participantes desta pesquisa foram a falta de estrutura/espço físico e a ausência de capacitação da equipe, o que reforça os achados do estudo realizado na Espanha por Lallemand et al. (2010). O presente estudo evidenciou que os profissionais entrevistados consideram que a equipe não é capacitada para prestar assistência aos familiares. Uma questão destacada, que talvez explique o receio dos trabalhadores em relação à flexibilização, foi a falta de conhecimento acerca do funcionamento de outras UTIs que já implementaram a visita aberta.

Sobre a necessidade de treinamento em habilidades de comunicação, foi interessante perceber que os profissionais entrevistados reconhecem a importância de melhor se instrumentalizar neste sentido. Nieweglowski e Moré (2008) salientam que a angústia e o estresse estão sempre presentes como uma mensagem subliminar na UTI, afetando diretamente o processo de comunicação que ali acontece. As autoras defendem que a comunicação repercute diretamente na qualidade do trabalho dos profissionais e no maior ou menor sofrimento emocional da família.

Já a reflexão que surgiu a partir dos casos clínicos sugere que, quando o profissional é exposto a uma visão ampliada e se permite uma aproximação das questões emocionais do paciente, a tomada de decisão é menos influenciada por suas crenças pessoais. De maneira geral, os profissionais apontaram para uma mudança no paradigma do cuidado, fortalecendo uma cultura da visita ampliada. Esta nova cultura vai ao encontro das necessidades dos pacientes, que esperam que um novo olhar seja cultivado no interior dos hospitais, tendo como objeto a saúde ao invés da doença (Silva, Pinheiro, Souza, & Moreira, 2011). Estima-se que a presença de um acompanhante poderia inclusive diminuir o tempo de internação em UTI e reduzir o uso de ansiolíticos e/ou indutores do sono.

Considerações Finais

Por meio desta pesquisa, constatou-se uma percepção ambivalente da equipe multiprofissional acerca da política de visita. Cabe considerar que o termo política foi utilizado referindo-se às normas que regem as ações de saúde no contexto hospitalar. Os profissionais

reconhecem que, na maioria dos casos, uma ampliação/flexibilização do horário de visita seria benéfica para o paciente e para a família, mas preocupam-se com o aumento da carga de trabalho, a necessidade de mudanças na rotina, a falta de estrutura e espaço físico para acomodar o familiar, bem como a falta de capacitação em ferramentas de comunicação para lidar com um outro indivíduo.

As limitações do estudo se centram na população que ficou restrita aos profissionais de um único hospital, não sendo abordados pacientes, familiares ou trabalhadores de outras UTIs. Futuras pesquisas poderiam ainda investigar se existem diferenças substanciais entre as percepções dos trabalhadores, se comparados quanto a sua profissão, uma vez que não alcançamos conclusões neste sentido.

Diante do exposto, destaca-se a importância de um reconhecimento por parte das equipes que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de uma certa padronização do horário de visita, mas com espaço para a flexibilidade. Entende-se que a flexibilidade em relação aos horários de visita é mais importante do que o tempo de duração, desde que esteja ancorada em princípios embasados cientificamente, e não em crenças subjetivas dos profissionais.

Considera-se importante resgatar a escolha metodológica deste estudo. A combinação das abordagens quantitativa e qualitativa permitiu contextualizar e melhor compreender os significados atribuídos ao fenômeno; respondendo aos objetivos propostos e expondo as contradições inerentes à complexidade do tema, tal recurso demonstrou ser pertinente nas pesquisas em saúde. Outro ponto relevante foi o alto índice de adesão dos profissionais à pesquisa, possível resultado de um trabalho pautado em uma relação horizontal com os participantes e relevância científica e social do estudo.

O presente artigo surgiu de reflexões pautadas na experiência concreta do cotidiano de trabalho, sendo a UTI um ambiente dinâmico que torna essencial a discussão em equipe e o trabalho multiprofissional. Entende-se que é papel do psicólogo discutir intervenções para amenizar o sofrimento e prevenir possíveis danos psicológicos aos pacientes e a suas famílias, ao mesmo tempo que deve preservar a saúde dos trabalhadores envolvidos no processo de cuidado. Por fim, sugere-se que a visita aberta é um facilitador da relação paciente-equipe-família, mas pode ser um estressor na carga de trabalho dos profissionais, caso não seja adequadamente organizada. É fundamental garantir espaços de troca entre os profissionais, como capacitações de educação permanente e encontros regulares de discussão a respeito dos pacientes atendidos e da dinâmica institucional do setor.

Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: visita aberta e direito ao acompanhante*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466/2012*. Brasília, DF.
- Collet, N., & Rocha, S. M. M. (2004). Criança hospitalizada: Mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 191-197.

- Crauss, R. M. G., & Abaid, J. L. W. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*, 5(1), 62-72.
- Ferreira, C. C. G. F., Estevam, F. E. B., Guimarães, J. C., Valadares, M. S., & Tannure, M. C. (2013). Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: Uma estratégia para humanização do atendimento. *Enfermagem Revista*, 16(1), 72-82.
- Foster, A. (2010). More than nothing: The lived experience of tracheostomy while acutely ill. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(1), 33-43.
- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Timsit, J. F., Diaw, F., Willems, V., Tabah, A., Bretteville, G., Verdavainne, A., Misset, B., & Carlet, J. (2008). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 3, 30-35.
- Giannini, A., Miccinesi, G., & Leoncino, S. (2008). Visiting policies in Italian intensive care units: A nationwide survey. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1256-62.
- Gomes, R. H. S., Aoki, M. C. S., Santos, R. S., & Motter, A. A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: Uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(5), 1251-1259.
- Hunter, J. D., Goddard, C., Rothwell, M., Ketharaju, S., & Cooper, H. (2010). A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia*, 65(11), 1101-1105.
- Lallemant, C. Z., Mozo, A. G., Carbonero, R. Q., Calvín, C. S., Ortiz, E. A., & Gaia, A. M. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enfermería Intensiva*, 21(2), 52-57.
- Lucchesi, F., Macedo, P. C. M., & De Marco, M. A. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11, 19-30.
- Maciel, M. R., & Souza, M. F. (2006). Acompanhante de adulto na Unidade de Terapia Intensiva: Uma visão do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 138-143.
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, P. F. de, Tenório-Souza, F. M., & Dias, C. C. V. (2013). Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 269-279.
- Molina, R. C. M., Varela, P. L. R., Bercini, L. O., Castilho, A. S., & Marcon, S. S. (2007). Presença da família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: Visão da equipe multidisciplinar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 437-44.
- Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde – Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 126-131.
- Nieweglowski, V. H., & Moré, C. L. O. O. (2008). Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: Impacto no processo de hospitalização. *Estudos em Psicologia*, 25, 111-122.
- Oliveira, E. C. N. (2002). O psicólogo na UTI: Reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 30-41.
- Pereira, R. S. M., Souza, M. N. A., Bezerra, A. M. F., Bezerra, W. K. T., & Bezerra, K. K. S. (2015). A saúde do trabalhador de terapia intensiva: Uma revisão integrativa acerca dos riscos inerentes ao profissional intensivista. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5, 17-22.
- Ramos, F. J. S., Fumis, R. R. L., Azevedo, L. C. P., & Schettino, G. (2013). Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care*, 3(1), 34-42.

- Ramos, F. J. S., Fumis, R. R. L., Azevedo, L. C. P., & Schettino, G. (2014). Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: Um levantamento multicêntrico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 339-346.
- Reis, L. C. C., Gabarra, L. M., & Moré, C. L. O. O. (2016). As repercussões do processo de internação em UTI Adulto na perspectiva de familiares. *Temas em Psicologia*, 24(3), 815-828.
- Rolland, J. S. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças do ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 373-391). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.
- Severo, G. C., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2005). Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de pacientes. *Scientia Medica*, 15(1), 21-29.
- Silva, M. A. M., Pinheiro, A. K. B., Souza, A. M. A., & Moreira, A. C. A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 596-599.
- Spreen, A. E., & Schuurmans, M. J. (2011). Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 27-30.
- Stricker, K. H., Kimberger, O., Schmidlin, K., Zwahlen, M., Mohr, U., & Rothen, H. U. (2009). Family satisfaction in the intensive care unit: What makes the difference? *Intensive Care Medicine*, 35, 2051-2059.
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 370-375.

Recebido em: 04/04/2018

Última revisão em: 11/12/2018

Aceite final: 27/02/2019

Sobre as autoras:

Paola Nunes Goularte - Psicóloga (CRP 12/13428). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Saúde com ênfase em Alta Complexidade. **E-mail:** paolagoularte@yahoo.com.br, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-0096-0971>

Leticia Macedo Gabarra - Psicóloga responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Unidade de Internação Cirúrgica e do Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFSC, com ênfase em Alta Complexidade. **E-mail:** leticiagabarra@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-0312-2295>

Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré - Pós-Doutora pela Universidade Autônoma de Barcelona, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Doutora e mestre em Psicologia (Psicologia Clínica), pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com estágio *sandwich* na Universidade de Los Angeles (Programa de Doutorado em Família) e no Mental Research Institute, Califórnia, Estados Unidos. Graduada em Psicologia pela UFSC, com especialização em Psicodrama Terapêutico pelo Instituto *Sedes Sapientiae* de São Paulo. Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). **E-mail:** carmenloom@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-2468-8180>