

**“A UTI FICA MAIS COLORIDA E ANIMADA”: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE
SAÚDE ACERCA DOS BENEFÍCIOS DA VISITA DE CRIANÇAS EM UTI ADULTA**

Amanda Wecker¹

Jéssica Schuster Weizenmann²,

Katiele Lubianca Sander Nunes³,

Rháira Côrrea⁴,

Carmen Esther Rieth⁵

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é destinada ao cuidado de pacientes críticos, dispendo de cuidados complexos e controles rigorosos. Inúmeros hospitais proibem a entrada de menores de 12 anos nestas unidades. No hospital onde se realizou a pesquisa, se construiu um trabalho interdisciplinar para viabilizar as visitas. A equipe de Psicologia faz uma intervenção com a criança, onde são avaliados seu contexto familiar e as informações já concedidas a esta para que, por meio de estratégias lúdicas, possa informar sobre o estado do paciente e rotinas do hospital. Durante a visita o acompanhamento é feito por todos os profissionais da unidade, possibilitando perguntas e interação com o paciente sempre que possível. Nova intervenção é feita após a visita, pela Psicologia. O objetivo deste estudo é verificar a percepção da equipe de saúde sobre os benefícios da visita de crianças em UTI Adulta. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com coleta de entrevistas de onze profissionais da UTI Adulta de um hospital da região metropolitana de Porto Alegre. Os dados foram analisados utilizando a análise temática de Minayo. Identificou-se três eixos temáticos: benefícios para o paciente e para a criança, melhora no ambiente da UTI e a necessidade de preparo para a visita. Considera-se que são muitos os benefícios relacionados à visita de crianças em UTI, proporcionando para paciente, família, criança e equipe um atendimento mais humanizado e transformando a família e a criança em colaboradores ativos no cuidado com o paciente.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Crianças; Visitas a pacientes; Humanização; Interdisciplinaridade.

1 Acadêmica de Psicologia (Universidade Feevale) ✉ amandawecker@feevale.br

2 Bacharel em Psicologia (Universidade Feevale) ✉ jessica-schuster@hotmail.com

3 Bacharel em Psicologia (Universidade Feevale) ✉ katysander91@gmail.com

4 Bacharel em Psicologia (Universidade Feevale) ✉ rhai.correa@gmail.com

5 Mestre em Saúde Coletiva pela Ulbra (Canoas/Brasil). Professora na Universidade Feevale (NH/RS-Brasil) ✉ carmener@feevale.br

"THE ICU BECOMES MORE COLORFUL AND CHEERFUL": HEALTH TEAM PERCEPTIONS ABOUT THE BENEFITS OF VISIT OF CHILDREN IN ADULT ICU

ABSTRACT

The Intensive Care Unit is dedicated to the care of critical patients, with complex care and rigorous controls. Many hospitals prohibit children under 12 from entering these facilities. In the hospital where the research was carried out, an interdisciplinary work was built to make visits feasible. The psychology team makes an intervention with the child, where it assess the family context and the information already given to her/his, so that, through recreation strategies, it can report regarding the patient's condition and hospital routines. During the visit the follow up is done by all the professionals of the unit, allowing questions and interaction with the patient whenever is possible. A further intervention is done by Psychology with the child after the visit. The objective of this study is to verify the perception of the health team about the benefits of visiting children in Adult ICU. This is a qualitative, exploratory and descriptive research, with interviews collected from eleven professionals from the Adult ICU of a hospital in the metropolitan region of Porto Alegre. The data were analyzed through the thematic analysis of Minayo. Three thematic axes were identified: benefits (patient and child), improvement in the ICU environment and the need to prepare the child for the visit. It is considered that there are many benefits related to the visit of children in ICU, providing for patient, family, child and staff a more humanized care and transforming the family and child into active collaborators in patient care.

Keywords: Intensive Care Unit; Children; Visits to patients; Humanization; Interdisciplinarity.

1 Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar destinada ao tratamento de pacientes que carecem de cuidados intensivos, por terem sofrido qualquer descompensação clínica ou cirurgia complexa. Nessa unidade, os pacientes dispõem de cuidados complexos e controles rigorosos de sinais e sintomas, 24 horas por dia, executados por uma equipe especializada, composta por profissionais de diferentes áreas.

A situação clínica do paciente, bem como os cuidados complexos necessários, representa um evento estressante para o paciente e sua família. Estudos demonstram a

ocorrência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático tanto entre membros da família quanto em pacientes de UTI Adulta (Pochard et al., 2001; Fumis & Deheinzelin, 2009; Azoulay et al., 2005). Levando tais dados em consideração, hospitais do mundo inteiro buscam formas de prestar uma assistência centrada no paciente e em sua família, com foco na qualidade técnica e humanizada do tratamento prestado.

Uma das propostas diz respeito a uma política que abre a possibilidade de visita para familiares de pacientes gravemente enfermos, internados em UTI Adulta (Berwick & Kotagal, 2004). Atualmente, as visitas em UTI's podem ser descritas como restritas ou liberais. As UTI's com políticas restritas são aquelas que permitem a visita de familiares em alguns períodos do dia. Já, as unidades com políticas abertas, permitem que os familiares acessem o paciente 24 horas por dia.

Em um levantamento multicêntrico realizado no Brasil (Ramos et al., 2014) os resultados apontam que apenas 2,6% das UTI's possuem políticas liberais de visita, enquanto 45,1% possibilitam dois períodos de visita diários e 69,1% permitem de 31 a 60 minutos por período. Contudo, 98,7% das UTI's admitem períodos flexíveis de visita em situações que envolvem pacientes gravemente enfermos. Essas diferenças encontradas resultam do fato de não haver, no Brasil, uma legislação clara que regule a visita em UTI's Adultas. A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n. 7, de 24 de fevereiro de 2010, na Seção V, Art. 25, afirma que a visita em UTI deve ser regulamentada pela política da instituição, baseando-se na legislação (Brasil, 2010), não havendo nenhuma informação sobre a idade mínima para a visita em UTI.

Assim, inúmeros hospitais referenciam em seus próprios regulamentos a permissão de visita apenas de adolescentes, estabelecendo a idade mínima de 12 anos para a entrada em UTI's Adultas. Contudo, diversas crianças têm manifestado, por meio de seus familiares, o desejo de visitar seus vínculos de afeto que se encontram hospitalizados. Essa questão gera

opiniões divergentes entre os membros da equipe de saúde, principalmente no que se refere ao temor da falta de orientação sobre o manejo da entrada da criança sem acarretar traumas psicológicos, estando repleta de mitos e controvérsias. Percebe-se que, progressivamente, muitos profissionais vêm identificando a necessidade de abrir exceções, apresentando-se de forma sensível ao permitir a entrada de crianças para visitar seus vínculos de afeto (Borges, Genaro, & Monteiro 2010).

No hospital onde foi realizada esta pesquisa, construiu-se, há dois anos, um trabalho interdisciplinar entre as equipes de Psicologia, Enfermagem e Medicina, visando possibilitar a entrada de crianças menores de 12 anos em UTI Adulta, entendendo que a visita seria benéfica para todos os envolvidos, a saber, paciente, criança, família e equipe. Antes desse trabalho, as visitas de crianças eram proibidas pela direção do hospital.

Atualmente, a visita ocorre da seguinte forma: inicialmente a criança é recebida na instituição e são avaliadas as informações já concedidas à ela, seu contexto familiar e também o estado clínico do paciente que deverá receber a visita. Há um encontro entre o profissional da Psicologia e a criança, com narração de história sobre o hospital, um momento lúdico quando se simula o ambiente da UTI e a construção de um desenho para presentear o familiar. Psicologia e enfermagem acompanham a criança durante a visita, possibilitando perguntas, que ela suba no leito e toque no paciente. Após a entrada, a Psicologia avalia se a ansiedade, os sentimentos de angústia e outros possíveis sintomas da criança diminuíram com a visita e organiza com a família formas de torná-la mais participativa no processo da internação hospitalar.

A partir da construção e da aplicação desta prática surgiu a necessidade de avaliar a percepção da equipe de saúde sobre a visita de crianças, para poder melhor compreender as mudanças ocorridas e quais foram os benefícios sentidos pela equipe. Dessa forma, este estudo teve como objetivo conhecer e compreender a percepção da equipe de saúde sobre os benefícios

da entrada de crianças em UTI Adulta, além de questões que circundam a prática. Para tanto, foi construído de forma qualitativa, exploratória e descritiva, utilizando a análise temática de Minayo (2004), para compreender o que e como os profissionais da saúde de uma UTI pensam acerca da entrada de crianças, deixando-os discorrer livremente sobre, sem interrupções, integrando e analisando, ao final, as informações coletadas. Este artigo contempla uma fundamentação teórica, com breve contexto sobre as UTI's, a metodologia utilizada, os resultados e sua análise, com as temáticas mais citadas pelos profissionais e, por fim, as considerações finais sobre o estudo, apontando seus alcances e limitações.

Fundamentação Teórica

Ao estender, inicialmente, o olhar para o contexto hospitalar, deparou-se com um ambiente já carregado de sentimentos ambíguos: aquele que seria um lugar de cura e de cuidado, acaba também sendo o local da morte de muitas pessoas. Tal ambiguidade pode ser geradora de diversos conflitos, manifestados tanto por pacientes quanto por familiares, que podem ser ainda mais intensos quando se trata de uma internação em Unidade de Terapia Intensiva (Batista, 2015).

A UTI, lembrada e caracterizada pela gravidade do quadro dos pacientes que nela são internados, carrega representações de angústias, medos e incertezas que se amplificam à medida que é também vista como o “lugar ao qual se vai para morrer” (Haberkorn, 2004, p. 99). Assim, essa espécie de “antessala da morte” é fortemente representada pelo cuidado médico-tecnológico, a ponto de o sujeito internado perder sua individualidade e identidade, sendo lançado ao desamparo. A unidade é então rodeada de inseguranças para pacientes e famílias (Santos, Almeida & Júnior, 2012).

Batista (2015, p. 100) ainda destaca:

Trata-se de um lugar de urgências e intensidades e as reações manifestadas por pacientes e familiares nesse espaço também o são. Familiares reagem fora da unidade de acordo com o que está acontecendo com o paciente dentro dela, uma vez que a rotina inteira

muda, o distanciamento do outro ocorre e é causador de inúmeras repercussões emocionais [...].

Tendo em vista tais particularidades que rodeiam o contexto das UTI's e seus respectivos impactos, alguns autores buscam discutir a importância da participação da família no tratamento do familiar que está internado. Destaca-se o quanto pode ser benéfico, inclusive no resgate da identidade do paciente, a presença da família de forma mais efetiva dentro da unidade. Os autores destacam ainda a relevância de uma assistência e suporte por parte da equipe, para que estes familiares tenham suas necessidades atendidas, assegurando, assim, um apoio que seja mais humano, repercutindo em ambos de forma positiva (Gibaut et al., 2013, Beccaria et al., 2008).

Dessa forma, pensando nas famílias e nas suas diferentes composições, a literatura aponta como necessária a discussão de situações em que o familiar do sujeito internado em UTI Adulta é uma criança. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é considerada criança toda pessoa que ainda não completou 12 anos de vida, não existindo no ECA uma lei que proíba a entrada da criança na UTI. Contudo, é a partir desta disposição (Lei Nº 8.069/90) (Brasil, 1990) que muitos hospitais adotam como base tal idade mínima para haver a possibilidade de visita na unidade, tornando a prática pouco recorrente no Brasil (Sousa Neto, Tarabay, & Lourenço, 2017).

Em estudo realizado por Gabarra e Nunes (2018) evidenciou-se que os próprios familiares participantes identificaram que as crianças possuem capacidade de compreender quando há mudanças na família em decorrência de uma internação em UTI Adulta e, mais, perceberam o quanto estas crianças sentem necessidade de participar deste processo. Segundo Borges, Genaro e Monteiro (2010), na tentativa de “proteger” a criança – omitindo informações, mentindo e/ou impedindo a entrada da criança na unidade – pais/responsáveis/equipes de saúde acabam por gerar confusão e insegurança, enquanto que o ideal seria utilizar a visita como

dispositivo benéfico para o paciente, família e para a própria criança, prevenindo futuras complicações emocionais decorrentes de conteúdos mal elaborados.

Sousa Neto, Tarabay e Lourenço (2017) ainda destacam a importância da Psicologia no acompanhamento desta visitação, sustentando um suporte do ponto de vista psíquico a partir da prática de um profissional capacitado. Além disso, o psicólogo acaba por tornar-se necessário para que, também, a equipe multidisciplinar possa ser orientada e apoiada antes, durante e após as ações.

Assim, a entrada da criança na Unidade de Terapia Intensiva está entre as possibilidades de atuação da Psicologia no âmbito hospitalar, destacando-se, inclusive, como prática humanizadora, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS (Brasil, 2007), visto que tal ação é promotora de um diálogo que transita pela equipe, paciente (usuário) e família (Lima & Martins, 2017).

3 Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva que entrevistou onze profissionais da saúde, sendo sete técnicos de enfermagem (TE), dois enfermeiros (E) e dois médicos (M) – as siglas mencionadas foram adotadas visando a identificação, nos resultados, das falas dos participantes, de modo a preservar sua identidade.

A escolha dos participantes foi realizada adotando-se os seguintes critérios de inclusão: ser profissional da saúde (Enfermagem ou Medicina) atuante na UTI Adulta do hospital onde é realizada a visita da criança – instituição situada na região metropolitana de Porto Alegre (RS); ter acompanhado algum caso no qual ocorreu a visita de uma criança na unidade e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com sua participação.

As entrevistas ocorreram em um espaço reservado dentro da UTI, durante o horário de trabalho (visto que os profissionais não podiam se afastar da unidade). Na ocasião, solicitou-se

aos participantes que, com base na sua experiência profissional, apresentassem suas percepções sobre a prática da entrada de crianças menores de 12 anos em UTI Adulta. Tais entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas pelas estagiárias, juntamente com a supervisora responsável. Os dados desvelaram três unidades temáticas: (1) Os benefícios da visita de crianças em UTI adulto, (2) Melhora no ambiente da UTI e (3) Necessidade de preparo para a realização da entrada das crianças.

Para a análise do material coletado optou-se pela Análise de Conteúdo de Minayo (2004). Segundo a autora, “[...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (Minayo, 2004, p. 209). O período de coleta dos dados corresponde aos meses de junho e novembro de 2018.

4 Resultados e Análise

Com base na análise dos depoimentos da equipe serão apresentados três grandes eixos temáticos, que foram elencados como importantes benefícios da entrada de crianças em UTI Adulta. Ainda, juntamente com as descrições destes, encontram-se algumas falas da equipe, que irão possibilitar uma melhor compreensão da percepção dos participantes.

4.1 Os benefícios da visita de criança em uti adulta

4.1.1 Benefícios ao paciente

Como benefícios ao paciente foram citados o fortalecimento dos vínculos de afeto, a melhora dos sinais clínicos, a esperança de bom prognóstico e o senso de normalidade cotidiana. Tais benefícios podem ser encontrados atuando de forma conjunta tanto nas falas, quanto na discussão teórica que as acompanha.

M2 entende que “a visita de crianças na UTI Adulta é importante para o processo de recuperação do paciente”. De fato, a presença de uma criança na hospitalização oferece ao paciente afeto, alegria, diversão e um sentimento de esperança, que contribuem no processo de recuperação do paciente (Vint, 2005). TE2 relata que, em sua experiência, os pacientes respondem bem à visita de crianças, ressaltando que além da melhora no nível de oxigenação do sangue (saturação) percebem que “eles melhoram mais rápido quando recebem a visita de quem sentem saudade, pois recebem um pedaço da casa deles aqui”. A criança contribui para a manutenção da identidade do paciente e de um senso de normalidade cotidiana (Vint, 2005), uma vez que sua visita auxilia o paciente a reorientar-se para o mundo exterior e encorajara-o a enfrentar (Hupcey, 2000).

A família como um todo é fonte de encorajamento ao paciente, sendo que seu incentivo contínuo o auxilia a manter a esperança e a lutar por sua sobrevivência (Hupcey, 2000), conforme relato da TE3:

“E aí, nossa, me arrepio até hoje, que daí eu tava saindo pra ir pra farmácia e vi aquela menina e eu disse pra ela: é bom tu entrar, nossa eu fico toda arrepiada, eu disse: vou tentar falar com as psicólogas, pra conversar antes contigo, porque é bom passar uma coisa pro pai dela, e eu lembro que no outro dia ela veio e dois dias depois ele ganhou alta, aquilo me gravou sabe, porque eu acho que o toque e o conversar, né, aquele do tétano disse que nos ouvia, que ouvia a gente falar, então tu imagina um filho teu, tu ouvir, te dá um estímulo maior”.

A TE5 considera fundamental a entrada de crianças em UTI Adulta, pois, consoante sua colega, entende que “escutar a voz da criança pode ajudar muito na melhora do paciente”. Realmente, as crianças são uma importante fonte de apoio para o paciente, sua presença e energia contribuem para que os pacientes se sintam seguros (Hupcey, 2000).

4.1.2 Benefícios à criança

O fortalecimento dos vínculos de afeto, o preparo para a perda e o aprendizado mediante a experiência foram citados como importantes benefícios da visita para a própria criança. Novamente, percebe-se que as temáticas citadas são encontradas de forma conjunta nas falas e na discussão teórica.

Diversos profissionais deste estudo apontaram para os casos em que a família não compartilha com a criança a situação de internação hospitalar, resultando em um sumiço repentino do familiar hospitalizado, o que pode gerar inúmeras inquietações, como demonstra a fala da TE3:

“A vida da gente é altos e baixos, tem pessoas que não gostam de mostrar, mas aí de repente desapareceu? Né, porque se tão aqui o caso é sério, do nada sumir assim... A gente até diz ‘virou estrelinha’ e coisa e tal, mas acho que eles têm que participar”.

A vivência da hospitalização e do luto são processados pela criança ao longo de sua estruturação psíquica, ou seja, na medida em que se desenvolve, podendo significar as experiências e as vivências (Franco & Mazzora, 2007). Nesse sentido, a impossibilidade de vivenciar a visita e a hospitalização e conversar sobre aquele que morreu ou que enfrenta um estado crítico de saúde pode trazer prejuízos para o desenvolvimento da criança, uma vez que o ato de não visitar pode ser entendido como uma não experiência, barrando o aprendizado que poderia ser gerado através desta (Aberastury, 1984). Sobre essa questão, E2 relembra um caso:

“Me marcou muito uma paciente que a gente teve, lembro que a criança ficou bem abalada, chorou e ficou bem nervosa vendo o familiar entubado em ventilação, eu presenciei isso e até no início não sabia muito como agir frente ao sofrimento dela, mas de qualquer jeito acho que é bom as crianças virem, para terem a recordação de terem se despedido e isso não ter sido tirado delas”.

Ademais, a dificuldade em falar sobre a doença, a dor e a morte é do adulto, que teme as possíveis reações da criança. Na verdade, a criança encara a possibilidade de falar como ferramenta para aliviar a dor e ajudar a elaborar a perda (Aberastury, 1984). Para ilustrar o que a autora comenta, a TE6 salienta os casos em que os pais não contam o que realmente está acontecendo, resultando no questionamento e na inquietação da criança.

A aceitação de que alguém desapareceu para sempre é o primeiro momento de elaboração do luto. Quando a criança se vê impossibilitada de vivenciar a visita e a hospitalização, sendo negada qualquer informação, vivenciará esse momento como um abandono (Aberastury, 1984). Corroborando com a autora, M1 considera que o trauma e a

marca de a criança perder o contato subitamente com a figura de afeto hospitalizada, sem saber o que aconteceu, poderia causar mais danos do que qualquer possível trauma que a visita possa gerar, opinião de alguns profissionais da saúde.

Ainda, TE7 salienta a importância de as crianças serem informadas da situação hospitalar que a família enfrenta:

“As crianças têm que vir, eles também têm que ter uma percepção de um todo, de qual é a situação, de como tá o paciente. A maioria dos familiares esconde, não conta a real situação, e quando eles vêem que o familiar tá mal, se é vô, pai, mãe, irmão, alguém que eles têm um vínculo grande, faz toda a diferença vir visitar. Então, por mais doído que seja, é bem importante pra criança vir, pra eles terem a real da situação, e como tá num todo, o que tá acontecendo. Por mais que a gente pense que não, eles tão entendendo tudo, tanto quanto a gente, quanto o adulto. Eu acompanhei uma visita de criança que foi bem dolorosa, porque era filho né, então bem complicado, mas do jeito deles, da expressão deles, acabam entendendo super bem. E precisam ter a chance de poder se despedir também, imagina, é mãe, pai, avô, irmão”.

Segundo Franco (2008) o conhecimento da doença, a participação nas diferentes fases do tratamento e as possibilidades de apoio são favoráveis ao enfrentamento da criança frente a hospitalização de uma figura de afeto. Para além, a participação da criança e a comunicação com ela ao longo do processo de adoecimento também favorece seu enfrentamento diante da perda (Kovács & Lima, 2011). Quando o óbito de fato ocorre, alguns fatores podem influenciar a maneira pela qual a criança vivencia o processo de luto. Sua idade, etapa do desenvolvimento, estabilidade psicológica e emocional, bem como a intensidade de seus laços afetivos e a comunicação que se desenvolve na família contribuirão para o desenvolvimento do luto. A possibilidade de estabelecer uma comunicação adequada com a criança, auxiliando-a na expressão de seus sentimentos, favorece a elaboração do processo de luto (Franco & Mazzora, 2007).

4.2 A melhora no ambiente da UTI

4.2.1 Em relação à estrutura e clima

A diversão e a espontaneidade trazidas pela criança, além do colorido de seu desenho, estampado nas paredes da UTI Adulta, foram os principais aspectos citados pelos participantes quanto aos benefícios em relação ao ambiente, estrutura e clima da UTI. Culturalmente o meio

hospitalar é visto enquanto local de sofrimento (Matos, 2007) e, por isso, dentro desse ambiente, principalmente em UTI, pela característica dos cuidados intensivos e alto risco, a presença de cor constitui uma variável de grande importância, não só pela influência sobre os pacientes, mas também sobre os profissionais atuantes.

Os desenhos coloridos das crianças auxiliam a atenuar o ambiente predominantemente branco, repleto de profissionais com jalecos da mesma cor; a inserção do elemento lúdico parece diminuir as tensões emocionais provocados pelo ambiente hospitalar. O paciente internado está frágil e precisa de uma motivação para conseguir contornar as situações que irá enfrentar. A exibição dos desenhos das crianças, bem como sua presença, proporciona ao paciente e, conseqüentemente a equipe, descontração e alegria, fazendo-o esquecer por alguns momentos da crise que está vivenciando (Silva, 2014). Corroborando esse pensamento, TE2 afirma: “criança só alegre né, alegre a gente também, elas fazem desenho, a UTI fica mais colorida e animada, o paciente quando acordado gosta de poder olhar, a gente vê que fica olhando”. A E1 complementa:

“Em geral as crianças não perguntam muito as coisas, o que elas querem mesmo é subir na cama, fazer festa com o familiar, beijar, abraçar, ficar junto, e eu deixo também, fico junto, entrego balão desenhado... Já acompanhei muitas, mais de 100. O mais legal é quando elas entram em dupla porque se sentem mais seguras também. Acho que é superimportante, assim como de bicho, de pet”.

Ainda, a experiência do brincar pode ser vista como mediadora para a interação entre os profissionais de saúde e as crianças. Por meio do brincar – componente fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento da criança – ela compreende a realidade que está vivenciando. Na UTI, o brincar age enquanto fator estruturador e reforçador do relacionamento afetivo entre criança e paciente, auxiliando na preservação do vínculo sadio e seguro, tanto com a equipe de saúde quanto com as figuras de afeto (Silva, 2014).

4.2.2 Em relação à humanização e a equipe

Neste eixo temático, os relatos referem-se à objetificação do paciente de UTI Adulta. A equipe salienta ser comum colocar o paciente em uma posição de objeto, por conta de seu trabalho técnico e pelo luto vivenciado, quando forma-se um vínculo emocional com o paciente.

Conforme relato do M1:

“A equipe sente de diferentes maneiras, tem pessoas da equipe que tem uma visão de se colocar no lugar do outro ali, e fazer com que a visita seja um momento melhor para família e paciente, mas tem pessoas da equipe que não, que acham que é a obrigação da família entrar, se tem algo apitando não interessa, se o paciente não tá bem ajustado, se a cama não tá muito alta pro familiar avançar, não é tão importante pra algumas pessoas, nem todo mundo consegue se colocar no lugar e ver se o paciente tá bem organizado pra visita ou se durante a visita tá ocorrendo algo, identificar se a família precisa de algo, que tá angustiada pra tentar ajudar o seu familiar paciente”.

Por sua vez, as visitas dos laços de afeto, em especial das crianças, que necessitam de maior atenção da equipe, trazem a recordação de que o paciente é um sujeito, dotado de subjetividade e afetos, contribuindo para que o cuidado prestado seja humanizado. Conforme relato da E2:

“Outro ponto é o sentimento da enfermagem, a gente nota que com as visitas fica muito mais tocado com a dor da família, e isso vamos dizer assim, traz uma certa humanização, porque a gente vai tratar o paciente de uma forma diferente, porque ele é querido por alguém, alguém ama ele”.

A humanização pode ser entendida como um resgate ao sentimento de respeito pela vida dentro do relacionamento humano (Moraes, Garcia, & Fonseca, 2004). É um processo vivencial que perpassa toda a atividade do local e dos profissionais, fornecendo ao paciente o tratamento que ele merece como pessoa humana (AMIB, 2004). Dito de outro modo, um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade” (Mezzomo, 2001, p. 276).

A E2 continua:

“Aproxima nós do paciente e daquela família, então criança, é uma coisa muito especial né, porque tem isso de nos unir assim, e nos tocar. E aquele serzinho tão pequenininho, entra aqui né, e nos chama de tio e tia, traz a leveza. Quem teve essa experiência com certeza ficou bem tocado, não tem como não. Dá pra perceber na minha

voz né, que me emociono falando disso, engasgo um pouco, porque eu me toco profundamente e não saberia trabalhar sem poder fazer entrada de criança”.

Para alguns enfermeiros é possível que o aumento da interação familiar, em especial se tratando de crianças, possa ser emocionalmente exigente (Vint, 2005). Assim, faz-se necessário que a equipe receba maior atenção e seja preparada para esta prática, questões apontadas no eixo temático a seguir.

4.3 A necessidade de preparo para a realização da entrada

Um dos pontos mais abordados e comentados pelos participantes deste estudo é a necessidade de preparo para a realização da entrada da criança. Todos os técnicos de enfermagem, bem como E2 e M1, salientaram que a visita deve ser organizada de modo que não seja mais um fator estressor na vida desta família, evitando novos traumas à criança. Ainda, TE 5 e 6, E2 e ambos os médicos apontaram alguns critérios para organização da visita, tais como horário e formas diferenciadas de conduzir, idade da criança, vínculo com o paciente, estado clínico do paciente, existência de demanda, entre outros.

O processo de adoecimento ressoa na família como um evento estressante, que transformará os papéis e as organizações de vida previamente estabelecidas. Existem diversas formas de a família lidar com o adoecimento. Um padrão frequentemente observado é o silêncio, em que os familiares optam por manter longe das crianças informações sobre o diagnóstico e tratamento, afim de poupa-las. Contudo, a comunicação fica prejudicada e o apoio da família é afetado (Franco, 2008). De qualquer forma, as crianças acabam sendo impactadas, tanto pelo adoecimento quanto pelo não conhecimento da situação, e isso pode acarretar em uma série de sintomas, muitas vezes visíveis por meio de alterações de comportamento, como comenta TE5:

“Deve ser estudado se a criança tá apresentando sintomas por não vir visitar, se ela vai entender o que está acontecendo, ser acompanhada pra sair daqui melhor e não pior... Deve ser acompanhada antes, inclusive, de

entrar, pra ser explicado pra ela o que ela vai encontrar aqui, o que ela vai ver, o que pode ver, o que pode acontecer”.

O modo pelo qual a criança enfrentará o adoecimento de uma figura de afeto está firmemente relacionado com a maneira pela qual os familiares e o próprio paciente lidam com a situação e com a forma que permitem que a criança participe do processo (Castro & Job, 2010). A criança possui o desejo por informações a respeito do tratamento e do prognóstico do familiar. Ela poderá questionar sobre finitude e morte ao notar o avanço da doença e a equipe de saúde é vista, tanto por ela, quanto pela família, como fonte importante de informações (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Assim, entende-se ser de extrema importância que a criança também possa ter contato com a equipe de saúde e Psicologia, pois o contato com a equipe e a visita ao paciente auxiliam na diminuição dos sintomas apresentados.

Contudo, os participantes deste estudo destacam que a visita da criança deve acontecer perante alguns critérios. O M1 salienta que a visita da criança deve ser organizada um pouco diferente da do adulto, com uma atenção diferenciada pela idade e pela situação que se apresenta. A TE6 complementa: “eu acho que tem que ser num horário diferente, mais tranquilo, conversar com ela antes, dar uma preparada bem boa, porque é um pouco impactante né, aqui dentro, acho que depende a idade também, se ela entende minimamente o que tá se passando”. Já E2 vai mais além, estipulando essa idade:

“Mas também a criança tem que ser bem acompanhada e bem direcionada. Porque os aparatos tecnológicos dão uma assustada na criança no primeiro momento, mas se ela é bem acompanhada, se é bem explicado e ela entende direitinho, ela vai conseguir absorver melhor a visita e vai conseguir ver a visita ao familiar como um momento agradável e de conforto. Eu acredito que uma idade ideal para visitar seria entre 5 e 6 anos, menor só se a criança tem um bom entendimento e uma ligação muito forte com essa pessoa, e um bom acompanhamento, daí sim, mas fora isso acho que com 5, 6 anos é uma idade mínima pro entendimento da criança”.

Em contrapartida, E1 comenta que tem as portas da sua UTI abertas, inclusive para os bebês. M2, por sua vez, compreende que:

“Paciente que tá entubado, sedado, que não vai se beneficiar de ver a criança talvez o risco da exposição da criança ao ambiente da UTI e seus germes multirresistentes talvez não seja recompensador, mas paciente que tá consciente vai ajudar muito no processo de recuperação, além do que a criança vai poder ver seu familiar, acho que em determinadas situações é bem positivo. Não é algo que acontece com frequência, eu vejo às vezes, mas

não é algo muito rotineiro, tem a questão do controle de infecção, mas sempre que me foi questionado para liberar ou não, e eu achei que fazia sentido, conforme eu expliquei antes, eu liberei sempre. [...] Geralmente quando o paciente tá consciente e existe a demanda, tanto por parte do paciente quanto da família e da criança, a equipe tenta viabilizar o encontro”.

Frequentemente, o que impede os familiares e alguns profissionais da saúde de viabilizar a visita da criança para o paciente é a crença de que seria perturbador para esta criança, podendo gerar futuros traumas (Vint, 2005). Quanto a isso, M1 explica:

“Eu acho que quanto mais aberta a UTI for para as pessoas entrarem, saírem, verem seu familiar, melhor. Eu sempre acho que é muito pior o trauma e a marca de daqui a pouco a criança perder o contato subitamente com alguém, não saber que fim a pessoa levou, não enxergar onde ela tá, do que eventualmente se a gente preparar ela bem, organizar a visita, do que a pessoa ver dentro do hospital com aparelhos ligados, acho que se bem feita e bem organizada a visita é menos traumática do que perder contato com a pessoa”.

Borges, Genaro e Larissa (2010) reiteram que a visita da criança sem o adequado acompanhamento pode ser tão prejudicial quanto à impossibilidade da visita. Apesar das preferências e pontos de vista entre um ou outro profissional, a importância de investigar o entendimento da criança foi um fator unânime entre os participantes, a necessidade de preparo da criança foi mencionada por todos, pois entendem que o adulto se encontra distante do nível cognitivo da criança (Torres, 1979) e por vezes isso pode dificultar na interação.

No tocante a organização e a prática do acompanhamento da visita, TE6 ressalta a importância da inclusão de toda a equipe “não só a Psicologia, mas acho que a enfermagem também, bem instruída, dá conta de fazer as visitas”. Uma vez que a rotina da UTI se modificará para receber a criança, torna-se indispensável a inclusão de toda a equipe, pois recomenda-se que seja em um horário extra de visita, para não comprometer os cuidados ao paciente, tais como exame, banho e curativo (Borges, Genaro & Larissa, 2010).

Consoante aos critérios apresentados pelos participantes, a Psicologia, antes da visita da criança, avalia com a família possíveis sintomas da criança, a expectativa da mesma diante da visita e seus recursos psíquicos, preparando-a para a entrada e encontro com o familiar e acompanhando a repercussão emocional, esclarecendo dúvidas e equívocos. A avaliação para

a entrada da criança deve considerar diversas variáveis, tais como o estado clínico e a gravidade do paciente, o grau de parentesco e afinidade entre ambos, maturidade emocional da criança e seus recursos de enfrentamento, o suporte familiar, a compreensão sobre o adoecer e o processo de internação, bem como o desejo da criança (Borges, Genaro & Larissa, 2010). Por fim, recomenda-se o uso de recursos lúdicos nessas visitas, pois proporcionam, para a criança, a elaboração dos sentimentos provocados pela situação, ao passo que permite que o psicólogo acesse o mundo interno da criança (Vendruscolo, 2005).

5 Considerações Finais

Neste estudo foi possível refletir sobre a importância, em diversas instâncias, da visita de criança ao familiar adulto em UTI. Constatou-se que a participação da criança nesse ambiente traz diversos benefícios tanto para o familiar hospitalizado quanto para a própria criança, abrangendo questões emocionais, comportamentais, sociais e físicas.

A interação entre paciente e criança proporciona uma troca dinâmica de sentimentos e experiências. O paciente recebe um alento ao ver a criança, que traz consigo uma parte muito importante da sua vida para dentro do hospital. Já a criança sente-se mais tranquila, com redução dos sintomas de ansiedade, ao conhecer o ambiente onde encontra-se seu familiar, ao aproximar-se da equipe de saúde, que realiza o cuidado, e ao expressar seus pensamentos e emoções através do suporte proporcionado.

Contudo, os resultados apresentam benefícios que abrangem muito além da criança e do paciente internado. Incluem os familiares, que se sentem mais preparados para acompanhar a doença e hospitalização, e a equipe de saúde, que, mediante os sorrisos das crianças e dos familiares, que traduzem a gratidão, sentem que passam a ter um reconhecimento do seu trabalho.

Percebeu-se também a repercussão da visita na equipe da UTI Adulto, que se mobiliza para a entrada da criança, modificando seus horários de procedimentos, para que possam, nesse momento, esclarecer dúvidas sobre equipamentos e procedimentos, auxiliando a criança no reconhecimento desse espaço. Essa aproximação permite que a criança também cuide do seu familiar, construindo, assim, um ambiente mais humanizado, outro benefício apontado por este estudo. Destaca-se a importância da avaliação de cada situação para a realização da visita de criança em UTI Adulto, assim como o acompanhamento realizado pelo psicólogo hospitalar e demais profissionais neste momento.

Este estudo buscou refletir também sobre a importância da comunicação entre equipe, família, paciente e criança. Essa comunicação é de suma importância, uma vez que facilita o enfrentamento do processo da visita e auxilia nas estratégias, dando o suporte necessário para a entrada da criança na UTI Adulto e possibilitando que ela faça parte do cuidado do seu familiar, o que, em casos de óbito será um fator bastante relevante para a elaboração do luto.

Considera-se, por fim, que este estudo apresenta algumas limitações. O número de profissionais entrevistados foi limitado, não sendo possível entrevistar todos aqueles que atuam na UTI. Além disso, estes resultados falam apenas da realidade do referido hospital. No entanto, os achados apontam para a presença de muitos benefícios relacionados à visita de crianças em UTI Adulto.

Essa prática proporciona para paciente, família, criança e equipe um atendimento mais humanizado e torna a família e a criança em colaboradores ativos no cuidado com o paciente. Salienta-se a importância da realização de estudos que avaliem não só os benefícios, como também os riscos da visita de crianças em UTI's, a importância do preparo dos profissionais da saúde envolvidos e formas de fazê-lo, buscando a implementação de políticas que sejam sensíveis as necessidades dessa prática.

Referências

- Aberastury, A. (1984). A percepção da morte nas crianças. In Aberastury, A, *A percepção da morte na criança e outros escritos* (pp.128-139). Porto Alegre: Artes Médicas.
- AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2004). *Humanização em cuidados intensivos*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C,... Schlemmer, B. (2006). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 171(9), 987-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15665319>
- Batista, J. (2015). Laços no desenlace ou desenlace dos laços? Refletindo sobre família, luto e UTI. In Ismael, S. & Guidugli, S. *Do nascimento à morte: novos caminhos na prática da Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Atheneu.
- Beccaria, L.M., Ribeiro, R., Souza, G.L., Scarpetti, N., Contrin, L.M., Pereira, R.A.M., & Rodrigues, A.M.S. (2008). Visita em unidades de terapia intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq. Ciênc. Saúde*, 5(2), 65-69. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf.
- Berwick, D.M., & Kotagal, M. (2004). Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA.* 292(6), 736-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15304472>.
- Borges, K., Genaro, L., & Monteiro, C. (2010). Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(3), 300-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/13.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2010). *Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (1990). *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm.
- Castro, E. & Job, C. (2010). Câncer na mãe e o impacto psicológico no comportamento de seus filhos pequenos. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3(2), 36-147. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v3n2/v3n2a04.pdf>.
- Santos, S. J., Almeida, S. A. & Júnior, J. R. (2012). A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (UTI). *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-*

- ALAGOAS, 1(1), 11-16. Disponível em:
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/461>.
- Franco, M. (2008). A família em psico-oncologia. In Carvalho, V., Franco, M. & Kovács, M. *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.
- Franco, M. & Mazzorra, L. (2007). Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 503-511. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000400009&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Fumis RR, & Deheinzeln D. (2009). Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med*. 35(5), 899-902. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19183953>.
- Gabarra, L. M. & Nunes, M. E. (2018). Visita de crianças e adolescentes em UTI adulto: vivência de familiares. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(3), 109-125. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/328467284_Visita_de_crianças_e_adolescentes_em_UTI_adulto_vivencia_de_familiares.
- Gibaut, M.A.M., Hori, L.M.R., Freitas, K.S., & Mussi, F.C. (2013). Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1114-1121. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1114.pdf.
- Haberkorn, A. (2004). Atuação psicológica na UTI. In Bruscatto, W., Benedetti, C. & LOPES, S. *A prática da Psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. Casa do Psicólogo.
- Hupcey, J. (2000). Feeling safe: the psychological needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 361-367. Disponível em:
<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.2000.00361.x>.
- Kennedy, V. & Lloyd-Williams, M. (2009). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 114, 149-155. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18684513>.
- Kovács, M. & Lima, V. (2011). Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação com a criança. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31, 390-405. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932011000200014&script=sci_abstract&tlng=pt
- Lima, F. & Martins, C. (2017). Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI. *Saúde em Redes*, 3(3), 207-213. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/858>
- Marziale, M et al. (1990). A linguagem das cores no ambiente hospitalar: percepção dos membros da equipe de enfermagem. In Resumos de enfermagem, *II Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem* (pp.228-248), Ribeirão Preto, SP.

- Matos, E. (2007). *Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Mezzomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri: Manole.
- Minayo, M. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Moraes, J.C., Garcia, V.G.L., Fonseca, A.S. (2004) Assistência prestada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto: visão dos clientes. *Nursing (São Paulo)*, 7(79), 29-35.
- Pochard, F et al. (2009). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med.* 29(10), 1893-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11588447>.
- Ramos, F et al. (2014). Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. *Rev Bras Ter Intensiva.* 26(4), 339-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0339.pdf>.
- Silva G.M, Santos C.S, Kameo S.Y, & Sawada N.O (2014). A influência do lúdico no cuidado humanizado a pacientes oncológicos pediátricos no hospital do município de Aracaju-SE. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm* 4(3), 26-35. Disponível em: < <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/129/a-influencia-do-ludico-no-cuidado-humanizado-a-pacientes-oncologicos-pediatricos-no-hospital-do-municipio-de-aracaju-se/>
- Sousa Neto, R., Tarabay, C. & Lourenço, M. (2017). Reflexões sobre a visita da criança durante a hospitalização de um ente querido na UTI adulto. *Revista da SBPH*, 20(1), 5-16. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582017000100002
- Torres, W. (1979). O conceito de morte na criança. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 31(4), 9-34. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18239/16986>
- Vendruscolo, J. (2005). Visão da criança sobre a morte. *Medicina*, Ribeirão Preto, 38(1), 26-33. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/420>
- Vint, P. (2005). An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive Critical Care Nursing*, 21(3), 149-159. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339704001132>