



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Visit in the intensive therapy unit: perspectives of patients and family

Visita na unidade de terapia intensiva: perspectivas de pacientes e familiares
Visita en la unidad de terapia intensiva: perspectivas de pacientes y familiares

Ritiely Fernanda dos Santos Queiroz¹, Verusca Soares de Souza², Maria Antônia Ramos Costa³, João Lucas Campos de Oliveira⁴, Gabriella Michel dos Santos Benedetti⁵, Aline Barbieri⁶

ABSTRACT

Objective: to analyze the visit at the Intensive Care Unit (ICU) from the perspective of patients and their families. **Methodology:** it is a qualitative study, performed in a hospital in the northwest of Paraná. A search was carried out in May 2018 through the analysis of medical records of post-discharge ICU patients and their respective relatives. Nine interviews were obtained, from three patients and six relatives. The interviews were transcribed and submitted to content analysis. **Results:** The mean time of hospitalization was 15 days. Three categories emerged: "Perceptions prior to ICU-A visit", which highlights prejudice and lack of information regarding the environment and the prognosis of patients; "Positive feelings about the visit at the ICU-A", which includes the feeling of security, decreased stress and anxiety after the visit in the sector, also presenting religiosity as a strengthening point; "Organization of the visit as a determinant of the experience", which highlights that the orientation of family members about the unit decreased the discomfort with the visit. In addition, they reported dissatisfaction with visiting times. **Final considerations:** Despite previous feelings related to fear, associated with ICU hostility, the visit is perceived positively by patients and their families, and can be facilitated / improved by organizational means.

Descriptors: Humanization of Assistance. Intensive Care Units. Social Support. Nursing.

RESUMO

Objetivo: analisar a visita na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na perspectiva de pacientes e familiares. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado em hospital do noroeste do Paraná. Realizou-se busca no mês de maio de 2018 através da análise de prontuários dos pacientes pós-alta da UTI e seus respectivos familiares. Obteve-se nove entrevistas, oriundas de três pacientes e seis familiares. As entrevistas foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo. **Resultados:** O tempo médio de internação foi de 15 dias. Emergiram três categorias: "*Percepções prévias à visita na UTI-A*", que destaca o preconceito e a falta de informação em relação ao ambiente e o prognóstico dos pacientes; "*Sentimentos positivos frente à visita na UTI-A*", a qual compreende a sensação de segurança, diminuição do estresse e da ansiedade após a visita no setor, apresentando, ainda, a religiosidade como ponto de fortalecimento; "*Organização da visita como determinante da experiência*", a qual destaca que a orientação dos familiares acerca da unidade diminuía o desconforto com a visita. Ademais, relataram a insatisfação com os horários de visitação. **Considerações finais:** Apesar de sentimentos prévios vinculados ao medo, associado à hostilidade da UTI, a visita é percebida positivamente pelos pacientes e familiares, e pode ser facilitada/melhorada por meios organizacionais.

Descritores: Humanização da Assistência. Unidades de Terapia Intensiva. Apoio Social. Enfermagem.

RESUMÉN

Objetivo: analizar la visita a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. **Metodología:** estudio cualitativo, realizado en un hospital en el noroeste de Paraná. Se llevó a cabo una búsqueda en mayo de 2018 a través del análisis de registros médicos de pacientes de UCI post-alta y sus respectivos familiares. Se obtuvieron nueve entrevistas, de tres pacientes y seis familiares. Las entrevistas fueron transcritas y sometidas a análisis de contenido. **Resultados:** El tiempo medio de hospitalización fue de 15 días. Surgieron tres categorías: "Percepciones antes de la visita a la UCI-A", que destacan los prejuicios y la falta de información sobre el medio ambiente y el pronóstico de los pacientes; "Sentimientos positivos sobre la visita a la UCI-A", que incluye el sentimiento de seguridad, disminución del estrés y ansiedad después de la visita al sector, y también presenta la religiosidad como un punto de fortalecimiento; "La organización de la visita como un factor determinante de la experiencia", que resalta que la orientación de los miembros de la familia sobre la unidad disminuyó la incomodidad con la visita. Además, reportaron insatisfacción con los tiempos de visita. **Consideraciones finales:** A pesar de los sentimientos previos relacionados con el miedo, asociados con la hostilidad de la UCI, los pacientes y sus familias perciben positivamente la visita, y pueden ser facilitados / mejorados por medios organizativos.

Descriptor: Humanización de la Atención. Unidades de Cuidados Intensivos. Apoyo Social. Enfermería.

¹Enfermeira. Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, PR, Brasil. E-mail: ritiely_fernanda@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Coxim, MS, Brasil. E-mail: verusca.souza@ufms.br

³Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, PR, Brasil. E-mail: enfunespar1982@hotmail.com

⁴Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: enfjoaolcampos@yahoo.com.br

⁵Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, PR, Brasil. E-mail: enfermeiragabi@hotmail.com

⁶Especialista em Terapia Intensiva Neonatal. Docente da Universidade Estadual do Paraná. Paranavaí, PR, Brasil. E-mail: alinebarbieri@outlook.com.br

INTRODUÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias diagnóstico-terapêuticas complexas⁽¹⁾. Logo, o ambiente de uma UTI é reservado a pacientes críticos, normalmente com risco eminente de morte, além da descompensação em um ou mais sistemas orgânicos que necessitem de apoio e suporte específico para suprimento das necessidades humanas básicas⁽²⁾.

Dada à complexidade assistencial, a UTI demanda ampla qualificação dos profissionais e outros requisitos necessários à qualidade da assistência intensiva, tais como o aparato tecnológico que auxilia o cuidado, e também aspectos voltados à organização do trabalho, incluindo o respeito rigoroso às normas técnicas e sanitárias, além da gestão competente^(1,2). Em contraponto, essa alta densidade tecnológica associada à complexidade assistencial tem sido referida como um entrave ao cuidado humanizado em UTI, bem como, os modelos de gestão centralizadores e condições de trabalho desfavoráveis - tais como a sobrecarga e o estresse - também perfazem barreiras à assistência humanizada⁽³⁾.

Para que seja possível a instituição de práticas mais humanizadas é necessário o envolvimento da equipe de trabalho, dos gestores, dos pacientes e familiares/cuidadores. A partir deste preceito, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, a fim de qualificar a saúde pública no Brasil e incentivar relações produtivas entre gestores, trabalhadores e usuários⁽⁴⁾.

Humanizar significa ofertar atendimento de qualidade, agrupando os avanços tecnológicos disponíveis ao acolhimento e o cuidado relacional⁽⁵⁾. A humanização na assistência engloba uma visão holística do indivíduo e com isso, abrange aspectos subjetivos como compreensão, escuta qualificada, empatia, integridade aos preceitos éticos e valores morais, bem como respeito à singularidade e vínculos do usuário e família⁽⁶⁾. Portanto, é evidente que o vínculo faz parte da humanização, o que denota que a presença familiar na produção assistencial tende a estreitar os laços de cuidado profissional-usuário-família⁽⁴⁾.

A visita aberta é uma proposta da PNH cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades hospitalares, de forma que possa garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços de saúde⁽⁴⁾. Apesar disso e também o fato de que a publicação da PNH já ultrapassa uma década, em UTI, a visita aberta é ainda um grande tabu⁽⁷⁾.

Embora a presença familiar possa trazer benefícios importantes ao cuidado, incluindo o intensivo, a presença familiar na UTI - o que inclui a visita - ainda permeia diferentes sentimentos e merece ser mais investigada⁽⁸⁾. Neste escopo, e também considerando que a visita aberta é possivelmente um meio a ser defendido no bojo do cuidado humanizado, mas, ainda pouco difundida no Brasil⁽⁷⁾, postula-se que investigar acerca da própria visita na UTI é atual e necessário, pois pode significar uma

fundamentação ao cuidado mais humanizado, algo tão defendido, mas, que ainda encontra barreiras à sua efetivação. Uma vez justificada a inclinação ao presente estudo, questionou-se: Como pacientes e familiares percebem a visita na UTI? Logo, o objetivo consistiu em analisar a visita na UTI na perspectiva de pacientes e familiares.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa. Foi realizado em um hospital filantrópico de médio porte da região noroeste do Paraná, Brasil, que atende 28 municípios pertencentes à 14ª Regional de Saúde do Estado. O hospital ainda não aderiu à visita aberta.

Foram convidados a participar do estudo pacientes e familiares que estavam recebendo cuidados nos setores de internação para adultos do referido hospital após alta da UTI para adultos (UTI-A). Como critérios de inclusão, para pacientes, elencou-se: ter idade igual ou maior a 18 anos; ser alfabetizado; e ter permanecido na UTI por no mínimo três dias e sem barreiras de comunicação (incluindo nível de consciência) identificada no exame físico pela equipe médica ou de enfermagem com registro no prontuário. Para os familiares, os critérios de elegibilidade foram: ter 18 anos ou mais de idade, ser alfabetizado, e ter vivenciado a internação do ente na UTI, participando de pelo menos uma visita no setor.

Para o recrutamento dos possíveis participantes, fez-se busca ativa prospectiva de pacientes que tiveram alta da UTI-A e se encontravam nos setores de internação não críticos do mesmo hospital, durante 30 dias, no mês de maio de 2018. Após identificação dos pacientes que cumpriam os critérios de elegibilidade, cada prontuário foi analisado para identificar barreiras de comunicação e seu estado cognitivo, conforme avaliação periódica médica e da enfermagem.

No total, 12 pacientes tiveram alta da UTI-A e estavam nos setores de internação para adultos durante o período de coleta de dados. Destes, cinco foram excluídos da pesquisa devido tempo de internação inferior a três dias, o que resultou em sete pacientes e sete familiares elegíveis para a pesquisa.

Dos sete pacientes que restaram, quatro foram excluídos da pesquisa por *déficit* cognitivo ou barreira de comunicação, como o uso da traqueostomia e/ou nível de consciência rebaixado, por exemplo. Do total de três pacientes elegíveis e seus respectivos familiares, um paciente se encontrava desacompanhado no momento da abordagem, contudo, não foi excluído do estudo. Portanto, participaram nove indivíduos que atendiam fidedignamente aos critérios de inclusão, sendo três pacientes e seis membros da família, conforme ilustra o fluxograma de seleção dos participantes (Figura 1).

Com base na seleção dos participantes, procedeu-se à coleta de dados por meio de entrevistas direcionadas aos pacientes e familiares, que foram realizadas no leito, na própria enfermagem e/ou nas dependências da unidade, mediante aceite verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor.

Para os pacientes, as entrevistas foram individuais, gravadas, sem a presença de familiares e/ou cuidadores e guiada pela seguinte questão norteadora: *Como o sr(a) percebe a visita de familiares na UTI?* Questões de apoio

foram utilizadas para estimular uma maior participação, se necessário.

Os participantes familiares foram abordados de forma semelhante aos pacientes, também por meio de entrevistas que foram realizadas após o aceite verbal e assinatura do TCLE, e guiadas pela seguinte questão norteadora: *Como o sr (a) percebe a visita na UTI?* As questões de apoio também foram utilizadas a fim de estimular a participação do familiar, caso fosse percebida dificuldade de expressão.

As evocações gravadas das entrevistas foram transcritas na íntegra. Após isso, os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo, na modalidade temática, respeitando-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, que culmina à inferência e interpretação dos achados por meio da tematização do conteúdo analisado⁽⁹⁾. A tematização seguiu o princípio de análise do conteúdo semântico, logo,

os eixos/categorias foram aglutinados por semelhança temática das evocações⁽⁹⁾, independente se paciente ou familiar, uma vez que o foco de análise era a visita na UTI.

Nos recortes das entrevistas, os pacientes foram identificados com a letra “P” entre parênteses, seguida de número arábico que indica a ordem cronológica da entrevista. Os familiares foram identificados com o a letra “F”, seguida também de número identificador pela ordem da coleta de dados. Termos entre colchetes foram adicionados no intuito de facilitar a compreensão dos excertos pelo leitor, sem, no entanto, alterar seu sentido.

Todos os preceitos éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados. Logo, o projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o parecer nº 2.609.763, em 19/04/2018.

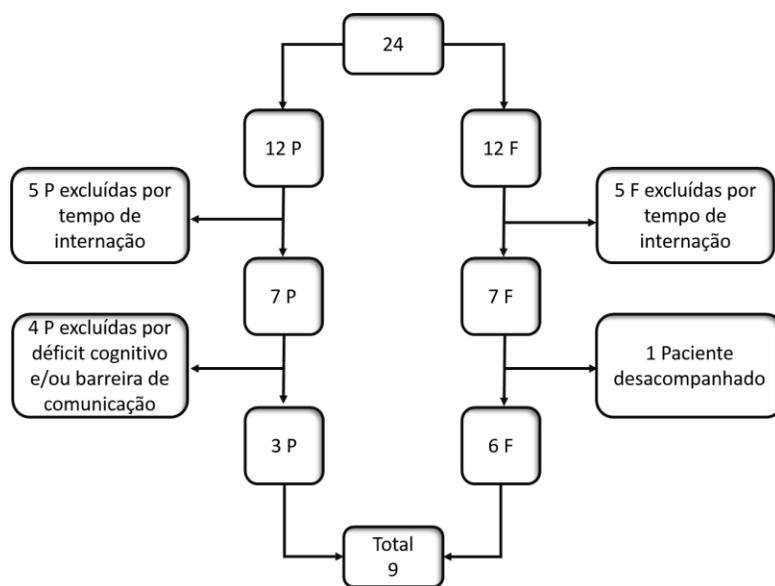


Figura 1 - Fluxograma de seleção de participantes. Paraná, 2017.
P = Paciente.
F = familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos três pacientes foi de 64,8 anos, variando de 50 a 80 anos de idade, e todos eram do sexo masculino. O período de internação foi em média de 15 dias (mínimo=04 dias; máximo=45 dias).

Entre os acompanhantes (n=6), dois eram homens e quatro mulheres, com idade média de 37,5 anos. A maior parte dos acompanhantes eram pessoas que tinham o convívio diário ou frequente com os pacientes antes da hospitalização, como irmão (n=1), esposa (n=1), filhos (n=2), netos (n=1) e sobrinho (n=1), influenciando diretamente na resposta do indivíduo.

Os dados de caracterização dos acompanhantes são importantes, pois, o vínculo entre paciente e acompanhante pode culminar em respostas fisiológicas positivas do indivíduo com um desequilíbrio de saúde. Isso posto, fica a reflexão sobre aqueles impossibilitados de serem visitados, e, novamente, que a humanização no cuidado deve ser continuamente reforçada e revista pelos serviços de saúde.

Da análise de conteúdo temática emergiram três categorias, a saber: *Pré-concepções frente à visita na UTI*, que versou acerca da sensação de impotência relacionada ao quadro clínico do ente querido; *Sentimentos positivos*

frente à visita na UTI, que enfatizou a religiosidade frente o processo de recuperação e sentimento de esperança e, *Organização da visita como determinante da experiência*, que indicou a importância da informação e aumento das possibilidades de visitas como formas de minimização da ansiedade.

Pré-concepções frente à visita na UTI

Esta categoria legitima o impacto preliminar dos participantes em relação ao ambiente de UTI, no qual os pacientes são assistidos de forma intensiva por equipe multiprofissional capacitada a atender suas necessidades humanas básicas, com ênfase na manutenção da vida^(1,2). Logo, a temática em pauta transpôs a visita em si, refletindo não apenas desconhecimento dos participantes sobre o ambiente de cuidado intensivo, mas principalmente, o receio por estar vivendo ou ter a vivência de um familiar internado na UTI:

“A gente fica lá sozinho e quietinho” (P2).

“Ah eles fecham cama, a cortina pra ficar dividido aí quando eles

chegam eles entram. Foi bom, é bom os familiares virem” (P3).

“Primeiramente, é um impacto. Você ver um pai, em uma situação daquelas [...] Do jeito que ele era bem brincalhão e tal. Você chegar dentro da UTI e ver um pai naquela situação não é fácil. Conforme a gente vem bastante vezes vai caindo na rotina, então não sofre como no começo a gente sofreu” (F2).

Considerando a publicação da Política Nacional de Humanização como o marco incentivador às práticas humanizadas, entende-se que estas precisam ser aplicadas em todos os ambientes, críticos ou não. O ambiente de UTI, devido sua alta densidade tecnológica, sempre foi visto como restritivo à família e pode se configurar como desafiador à implementação de práticas humanizadas que envolvam a família no planejamento do cuidado, de forma a minimizar o sentimento de ansiedade relacionado ao internamento, claramente expresso pelos excertos acima.

“Então é assim, pra gente é desesperador né, ver aquela pessoa ali, na cama, sem reação nenhuma, não é fácil não” (F6).

“Então, UTI é uma palavra bem complicada. A gente tem medo quando fala que a pessoa tá na UTI né” (F3).

“Apesar de que é um choque você falar que vai visitar seu parente na UTI, não é fácil né. Só de falar de UTI a gente já fica chocada né, já dá um impacto” (F4).

Os discursos denotam uma dificuldade de pensar na possibilidade de cura quando são necessários cuidados em terapia intensiva, dando origem a sentimentos de medo intenso, desamparo, ameaça a vida e a integridade⁽¹⁰⁾. Tais sentimentos estão 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⁽¹¹⁾. Isso torna possível compreender que, culturalmente, a visão que se tem do ambiente de UTI causa um grande impacto psicológico aos familiares, dando a estes a ideia de ser o ambiente que precede o momento da morte.

Os familiares percebem a internação na UTI como um sinal de morte iminente, uma experiência difícil e dolorosa, caracterizada por medo e insegurança⁽¹²⁾. Os relatos de F3 e F4 evidenciam essa visão negativa e preconceituosa construída pela sociedade em relação ao ambiente de cuidados críticos, considerando-o inóspito.

Não obstante, uma doença crítica não só causa medo de que o paciente morra, mas também induz a angústia devido à percepção de que o paciente perdeu parte de sua humanidade. Visto no ambiente nada familiar e assustador da UTI, conectado a máquinas e, muitas vezes, incapaz de se comunicar, o paciente não é facilmente reconhecido pela família como seu ente querido. Logo, a

permanência na UTI costuma ser uma experiência gravemente traumática para as famílias⁽¹³⁾.

Problematizando o explanado anterior, sabe-se, à prática clínica, que há uma grande divergência entre o real tratamento oferecido em UTI e a visão que se tem do mesmo, considerado como a última alternativa possível frente a um prognóstico ruim e a possibilidade de morte.

Importante ressaltar que o discurso de F2 revela que estar com o ente querido durante as primeiras visitas traz significativo impacto emocional para o familiar/cuidador, entretanto ao longo dos dias de internamento os sentimentos negativos são minimizados dando espaço a uma rotina que pode inspirar estabilização ou melhora do doente ou, a aceitação da possibilidade de um desfecho indesejado.

Atribuir necessidade de conhecimento técnico aprofundado à sociedade sobre o cuidado intensivo é contraproducente, e, no contexto nacional, onde a desigualdade social ainda é evidente, pouco factível. Por este motivo, espera-se da equipe de saúde o fornecimento claro e conciso de informações que sejam fiéis à realidade da UTI ou fora dela e de cada paciente à sua família/cuidadores. Tal necessidade evidenciada aqui corrobora com estudo recente realizado com familiares de pacientes internados em uma UTI de um hospital em Paris, França, que aponta considerável importância dada pelos familiares às informações, faladas e escritas, fornecidas pelos membros da equipe⁽¹³⁾.

A comunicação entre a equipe da UTI e familiares de pacientes internados nesse setor, com o intuito de fornecer informações sobre a situação na qual se encontra o doente, representa uma forma de humanizar o cuidado, bem como viabilizar a escuta qualificada⁽¹⁴⁾. Assim, acredita-se que cultivar essa prática pode ser um fator decisivo na transposição de sentimentos de angústia para outros de teor mais positivo e favorecer o enfrentamento dos familiares que visitam um ente querido adoecido internado na UTI.

Sentimentos positivos frente à visita na UTI

A cultura brasileira, principalmente nas instituições públicas de saúde, ainda pratica visitas restritas nos ambientes de UTI adulto. Porém, algumas UTI já estão adaptando suas políticas com a finalidade de incluir os familiares no tratamento, reduzindo o sofrimento do paciente e aumentando a satisfação da família⁽⁷⁾. Diante disso, entre os sentimentos positivos expressados nas falas dos participantes, destaca-se a diminuição da ansiedade e alívio, estes, viabilizados pela visita na UTI e fomentados pela religiosidade.

“Eles iam lá, visitavam, faziam oração. A gente tem muita fé graças a Deus e foi o que deu mais força pra gente voltar logo” (P1).

“Foi tipo uma ajuda para ele, entendeu? Ver que tava todo mundo ali do lado dele, conversando com ele, apoiando ele. Acho que isso ajuda muito na recuperação dos pacientes, a força da família, a fé, ajuda bastante [...] Tenho fé em Deus para ajudar na recuperação dele agora, e bola para frente” (F2).

É perceptível que, em situações de saúde delicadas, as crenças religiosas proporcionam conforto frente às dificuldades vivenciadas pelo paciente e família⁽¹⁵⁾. Interpreta-se, portanto, que a espiritualidade aflorada impulsionou sentimentos como a esperança de melhora e uma visão mais otimista e reconfortante da situação, fato que a visita na UTI viabilizou.

Independentemente do tipo de crença, a religiosidade reforçou nos indivíduos a esperança para enfrentar mais facilmente um momento difícil e doloroso, como estar ou ter um familiar internado na UTI. Recentemente, a religiosidade e espiritualidade foram também estudadas à ótica de profissionais atuantes em UTI, e foi possível concluir que são fatores que influenciam intensamente sua prática cotidiana, seu entendimento sobre o processo saúde-doença e na relação com o paciente crítico, modificando a sua conduta de cuidado ao paciente internado na UTI⁽¹⁶⁾.

Além do acalento por meio da religiosidade, que foi permeada também na visita, identifica-se nos excertos a seguir a diminuição da ansiedade ao se ter contato direto com o indivíduo internado e alívio dos familiares após a visita na UTI:

“Eles ficam lá dá um apoio pra gente. Enquanto eles estavam lá, eu não podia falar, mas sinal eu entendia né” (P1).

“[...] E vi que depois que ele chegou na UTI, bem cuidado, dá até um alívio na gente, nos familiares que vinham visitar ele” (F2).

“[a visita ajuda] muito por que eu nem dormia à noite, preocupada se ela estava bem ou não, se ela [...] Por que o médico tinha desenganado né. Eu não via a hora de dar onze horas pra eu poder ver ela. Por que a hora que eu vi ela, nossa, foi um peso que saiu de mim. A hora que eu vi ela, que ela estava bem, já estava se recuperando, falando, fez eu me sentir bem mais aliviada e melhor” (F3).

“Eu percebo que para o paciente [a visita] é importante. Quando eu e a filha dela chegamos, que ela viu, ela mudou até o semblante, foi muito importante pra ela. Ela ficou muito animada. Inclusive ela mora no sítio e cria porquinhos. Daí a filha dela falou que a leitoa criou três porquinhos. Ela quase chegou a dar uma risada alta de tão feliz que ela ficou. É muito importante pra nós também” (F5).

A necessidade de segurança está interligada à necessidade de sentir-se menos ansioso e temeroso em

relação ao estado de saúde e ao prognóstico de seu familiar⁽¹⁷⁾. De igual modo, a proximidade com o paciente contribui com a melhora do estado emocional do familiar⁽¹¹⁾. Portanto, é possível deduzir que a visita na UTI pôde proporcionar, na medida em que a família entra em contato direto com o paciente, alívio e segurança em relação à situação vivenciada, ou seja, de adoecimento crítico de um ente querido.

Acolher a família e valorizar sua presença durante a internação do doente na UTI pode representar uma possibilidade de oferecer suporte ao tratamento, favorecer a recuperação do paciente e, sobretudo, resgatar sua humanidade e individualidade. Além disso, possibilita as trocas de informações com a equipe que subsidiarão a implementação do plano de cuidados baseado em suas crenças e perspectivas⁽³⁾. Assim, apreende-se que considerar as expectativas do doente e familiares perfaz uma prática humanizada, na medida que se almeja minimizar a exposição experiências e sentimentos desagradáveis, otimizar o cuidado e atender suas necessidades, em suas dimensões humanas, de maneira satisfatória.

Organização da visita como determinante da experiência

Para a implantação de uma realidade na terapia intensiva mais acolhedora, é necessário que os gestores envolvam a equipe na tomada de decisões para que o processo aconteça de forma organizada e contínua, com critérios que garantam a segurança do paciente e a qualidade do trabalho realizado pela equipe multiprofissional⁽¹⁸⁾. Neste escopo, a organização da visita, bem como as informações acerca do ambiente e tratamento compõem elementos fundamentais para que a visita, de fato, cumpra seu papel como momento de elo entre paciente-familiar:

“A gente passou por uma mulher que explicou como era a UTI e tudo. Então, a gente vai bem mais preparada [para a visita], né” (F3).

O acolhimento associado ao fornecimento de informações prepara os familiares de forma a proporcionar ao familiar maior segurança e tranquilidade, incluindo a preparação para a visita na UTI⁽¹⁹⁾. Ademais, é importante que a prática da visita em um ambiente como a UTI seja organizada, ainda que quando na lógica da visita aberta, porque, naturalmente, os pacientes ali alojados encontram-se em situação crítica de saúde, o que pode se agravar no caso de eventos indesejados, por ventura, favorecidos pela presença de alguém não habilitado no contato com doente crítico.

Assim como há um espaço físico de paramentação é necessário que haja um momento para o fornecimento de orientações e preparo psicológico realizado por profissionais capacitados explicando ao indivíduo como é o ambiente e o que ele deve esperar desse momento. Além disso, a explicitação de boas práticas também pode ser viabilizada pela visita, ao exemplo da prevenção de infecções pela higienização das mãos.

A visita aberta e a flexibilização de horários para visita em UTI adultas são práticas incentivadas pela política de

humanização⁽⁴⁾, embora a baixa adesão pelas instituições seja persistente. Neste sentido, houve expressões que retratam a necessidade de mais tempo reservado às visitas na UTI:

“Lá eles não deixam ficar ninguém, né? Se pudesse ficar lá junto direto era bem melhor né. Mas se não pode, fazer o que” (P1).

“Mas é muito bom, pena que é pouco tempo, podia ser mais tempo né. Mas é na UTI né, por isso é pouco tempo mesmo. Mas, é bom” (F4).

“Pra ser melhor eu acho que poderia ter mais um horário de visita por que, às vezes, tem mais parentes querendo ver, né” (F5).

Entre a utopia e realidade acerca da prática de visita aberta em UTI verifica-se algumas barreiras de implementação, como por exemplo, a ideia por parte de alguns profissionais de que presença do familiar no ambiente da UTI é incômoda e atrapalha o desenvolvimento do trabalho⁽³⁾. Além disso, a questão epidemiológica do controle de infecções hospitalares e o dimensionamento adequado de equipe capacitada a atender as necessidades do binômio paciente-família podem, talvez, dificultar a percepção positiva de trabalhadores frente à visita aberta.

Em contraponto ao enunciado anterior, estudos categorizam as pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAV) com a maior incidência em UTI seguida de infecções no trato urinário relacionadas ao uso de cateter e sepses devido uso de cateteres vasculares⁽²⁰⁾. Tais dados demonstram que as infecções em UTI estão frequentemente associadas aos procedimentos invasivos realizados pela equipe assistencial, o que, em um primeiro nível de interpretação, foge do contato de familiares visitantes.

A presença da família durante o processo de hospitalização do paciente é vista como importante potencializador para colaborar de forma positiva com o tratamento do paciente⁽²¹⁾. Expresso tal desejo e prerrogativas de políticas em saúde que defendem a prática da visita aberta e a flexibilização de horários, este estudo corrobora à alusão de que a presença do familiar na UTI pode contribuir positivamente com os sentimentos de pacientes e da própria família, e, conseqüentemente, com a recuperação do doente e abreviação de sua alta/transfêrencia para setores abertos, que trará maior liberdade de permanência dos familiares junto a pessoa adoecida. Para que isso seja possível, evidenciou-se que os meios organizacionais que entornam a visitam tendem a legitimar a experiência do familiar sobre este momento de humanização no cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar do impacto primário inerente à conotação de hostilidade ao ambiente da UTI, a visita é percebida positivamente neste serviço, tanto por familiares como para pacientes. Essa ação que humaniza o

cuidado é facilitada por meios organizacionais, em especial o fornecimento de informações condizentes à realidade da UTI e à acessibilidade. A presença da família, por meio da visita, foi referida como positiva na minimização da ansiedade dos familiares e recuperação dos pacientes, proporcionando uma maior segurança ao binômio paciente-família.

Ante o exposto, acredita-se que a maior contribuição desta pesquisa se remonta ao fato de divulgar, com ênfase no contexto intensivo, a visita como meio de humanização no cuidado. Apesar de a visita ser uma prática muito antiga no contexto hospitalar, o estudo é, sem dúvida, atual e necessário, pois as barreiras organizacionais ainda são uma realidade a ser enfrentada rumo à maior/melhor participação da família na assistência.

No que tange às limitações, o estudo não integrou outros atores envolvidos à visita na UTI, em especial a equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. Com isso, fica a sugestão de novos estudos pautada em abordagens mais participativas, a fim de que processos de melhoria na visita em UTI possam ser desdobramentos das próprias investigações.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013[citado em 2018 mai 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
- 2 Lima MS, Monteiro LD, Nogueira LSS, Martins-Melo FR. Cuidado de enfermagem à família de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: revisão Integrativa. Rev enferm UFPE. 2015; 9(5):7957-66. [citado em 2018 mai 12];9(5):7957-7966. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15037/1/2015_art_mslima.pdf
- 3 Ribeiro KRA, Borges SP, Balduino JAS, Silva FA, Ramos TMST. Dificuldades encontradas pela enfermagem para implementar a humanização na unidade de terapia intensiva. Rev Enferm UFPI. 2016[citado em 2018 jul 02];6(2):51-6. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5777/pdf>.
- 4 Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004[citado 2018 mai 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf
- 5 Machado ER, Soares NV. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. R. Enferm. Cent. O. Min. 2016[citado em 2018 jul 15];6(3):2342-48. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1011>
- 6 Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery.

2014[citado em 2018 mai 13]; 18(1):156-62.
Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0156.pdf>

7 Eugênio CS, Beck Filho MCB, Souza EM. Visita aberta em UTI adulto: Utopia ou realidade? Rev Enferm UFSM. 2017[citado em 2018 mai 17];7(3):539-49.
Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22692>.

8 Reis LCC, Gabarra LM, More CLOO. As Repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. Temas em Psicologia. 2016[citado em 2018 mai 2];24(3):815-28. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/5137/513754280003.pdf>.

9 Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

10 Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocque R, MacGillivray S. et al. Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: a cochrane systematic review. J Crit Care. 2015[citado em 2018 jul 15];52(7):1243-53. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915001005>.

11 Nunes MEP. Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em unidade de terapia intensiva. Arq. Ciênc. Saúde. 2017[citado em 2018 mai 10];24(3): 84-8. Disponível em:

<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/669>.

12 Carli BS, Ubessi LD, Pettenon MK, Righi LB, Jardim VMR, Stumm EMF. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. J res fundam Care. 2018[citado em 2018 jul 20];10(2):326-33. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6018>.

13 Garrouste-Orgeas M, Périer A, Mouricou P, Grégoire C, Bruel C, Brochon S et al. Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families' experience in the ICU. PLoS ONE 2014[citado em 2018 jul 02];9(10):e110146. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25329581>.

14 Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho Rev Bras Enferm. 2016[citado em 2018 jul 02];69(6):1099-107. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1099.pdf>

15 Pilger C, Macedo JQ, Zanelatto R, Soares LG, Kusumota L. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. Cienc Cuid Saúde. 2014[citado em 2018 jul 03];13(3):479-86. Disponível em:

http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19788/pdf_219

16 Longuiniere ACF, Silva YSD, Sampaio EC. Influence of the religiosity/spirituality of health professionals on critical-patient care. Rev Cuid. 2018[acesso em 2018 mai 03];9(1):1961-72. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S22169732018000101961&script=sci_abstract&tling=en.

17 Puggina AC, Lenne A, Carbonari KFBSF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. Esc Anna Nery. 2014[citado em 2018 mai 03];18(2):277-83. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0277.pdf>

18 Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. Rev Bras Enferm. 2018[citado em 2018 jul 03];71(2):372-78. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/0034-7167-reben-71-02-0372.pdf>

19 Moraes AS, Pegoraro RF, Borges CS. Utilização de vídeo explicativo como recurso auxiliar para acolhimento de famílias em visita à UTI. Rev Psic Saúde. 2017[citado em 2018 jul 03];9(1): 139-51. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n1/v9n1a09.pdf>

20 Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [citado em 2018 mai 03]. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%Bade/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>

21 Piccini JD, Dummer CD, Fernandes RD, Arenhardt MP, Maraschim R, Bassotto JPC. Distanciamento dos familiares como principal fator estressor em uma Unidade de Terapia Intensiva. Revista da AMRIGS. 2016[citado em 2018 mai 03];60(1):1-5. Disponível em:

<http://www.amrigs.com.br/revista/60-01/01.pdf>.

Como citar este artigo:

Queiroz RFS, Souza VS, Costa MAR, Oliveira JLC, Benedetti GMS, Barbieri A. Visita na unidade de terapia intensiva: perspectivas de pacientes e familiares. Rev. Enferm. UFPI [Internet]. 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e9103. doi: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.9165-72>



Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2020/01/10

Accepted: 2020/02/15

Publishing: 2020/03/01

Corresponding Address

Verusca Soares de Souza
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) -
Campus Coxim (CPCX)
Avenida Márcio Lima Nantes, S/N
CEP - 79400-000 - Coxim/MS - Brasil
Telefone: (67) 3291-0202
e-mail: verusca.souza@ufms.br