

Visita ampliada para pacientes internados em unidade de terapia intensiva

AUTORES

Cristina Ramos Meira (Assistente Social do Departamento).

Mariana Dermínio Donadel (Médica Residente de Terapia Intensiva).

Mayra Gonçalves Meneguetti (Docente da EERP-USP).

Maria Auxiliadora-Martins (Docente da Divisão de Terapia Intensiva do HC-FMRP-USP).

Paulo Roberto Pimentel Pereira Filho (Médico Residente de Terapia Intensiva).

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao atendimento de pacientes graves, que necessitam de assistência ininterrupta, 24 horas por dia. Devido à gravidade do paciente, existe, na maioria dos serviços, a restrição de visitas dos familiares, de forma que a hospitalização representa rupturas no relacionamento do paciente com sua família e comunidade. Este estudo descreve a experiência da equipe multiprofissional sobre a implementação da visita ampliada na UTI do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), permitindo que o paciente internado em UTI tenha um acompanhante por um período de 12 horas diárias. Esta estratégia tem se mostrado útil no apoio emocional dos pacientes internados na UTI, levando a redução do medo e ansiedade dos pacientes e familiares durante a internação, além de proporcionar segurança e confiança na equipe.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva (UTI); Internação hospitalar; Família; Atendimento humanizado; Visita ampliada.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêuticas (1).

O adoecimento e a hospitalização representam rupturas no cotidiano do paciente e de sua família (2). A necessidade de internação em UTI muitas vezes gera medo, estresse e insegurança nos pacientes e familiares devido ao potencial risco de morte, ausência de controle sobre o próprio corpo, dependência de cuidados de pessoas desconhecidas, uso de equipamentos e tecnologias, exames frequentes, unidade fechada, monitorização, barulhos desconhecidos e procedimentos invasivos.

A internação hospitalar suscita nos pacientes uma ampla gama de sentimentos quanto à situação de adoecimento e à posição de dependência em relação aos outros, o que pode resultar em sentimentos como insegurança, despersonalização e medo da morte (3).

Assim como o paciente, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento, com sentimentos de estresse permanente, elevação de ansiedade, medo do desconhecido, apreensão quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar (4).

A família é uma extensão do paciente, e cuidar dele requer cuidar também das pessoas queridas. Os familiares frequentemente mostram-se ansiosos, temerosos e muito desamparados (5). A família se depara com uma unidade com horários de visita mais restritos, resultando no afastamento da convivência com o paciente. O ambiente de UTI tende a lhes ser hostil, uma vez que apresenta um local desconhecido, com diferentes profissionais e procedimentos, e uma temperatura ambiente mais fria (6).

O envolvimento da família no cuidado do paciente crítico desempenha um papel essencial no bem-estar do paciente, e sua presença no ambiente de UTI permite um maior compartilhamento do processo de tomada de decisão (7).

Em grande parte das UTI, a visitação dos pacientes ocorre em horários previamente definidos, variando de 30 minutos a uma hora por dia. A fundamentação deste modelo está no risco teórico do aumento do estresse fisiológico, prejuízo da organização do cuidado e ameaça de infecções relacionadas à assistência à saúde ocasionadas pelo maior tempo de permanência de familiares na unidade. A admissão em UTI é um fator estressante para o paciente, já que este por vezes experimenta momentos de dor, de temor aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, privação do sono e restrição da mobilidade, somando-se a isso a limitação do contato com os familiares. Estes fatores estão associados à ocorrência de *delirium*, que se manifesta por meio da confusão mental.

O *delirium* é considerado um problema de saúde pública, pois acomete cerca de 30% a 70% dos pacientes internados em UTI. Assim, implementar estratégias que possam reduzir a incidência de *delirium* em pacientes críticos é um ponto essencial para a qualidade assistencial no ambiente de UTI (8).

Na UTI do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), prioriza-se um atendimento humanizado centrado na especificidade de cada paciente e sua família, conhecendo cada um por seu nome e não pelo número de leito, e levando em consideração sua história de vida, crenças religiosas, costumes e familiares – sejam aqueles com laços consanguíneos, de convivência ou baseados no afeto e vínculos comunitários. No momento da internação, é realizado acolhimento com os familiares e entregue a cartilha de orientações da UTI, que descreve o que é a unidade por meio de textos e imagens sobre equipamentos e dispositivos utilizados pelo paciente para uma melhor compreensão por parte da família.

A implementação da visita ampliada baseou-se no projeto UTI Visitas do Ministério da Saúde e do Hospital Moinho dos Ventos de Porto Alegre, que identificou que a maior permanência do familiar em UTI é, além de segura, uma importante ferramenta que auxilia no tratamento. Um estudo realizado em UTI evidenciou que a visita familiar flexibilizada é importante para o paciente e seus familiares, diminuindo os níveis de estresse, ansiedade e depressão (9).

A visita ampliada é apresentada na Política Nacional de Humanização (PNH) por meio do processo construtivo de práticas de produção e promoção da saúde, ouvindo as queixas do paciente, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e garantir a proteção integral, resolutiva e responsável (10).

Neste sentido, a família e os amigos são parte integrante do paciente internado em UTI e necessitam de atenção e cuidados. Estudos apontam que a permanência do familiar em UTI faz parte do processo terapêutico (11), configurando-se como intervenção possível para melhora da aderência ao tratamento e enfrentamento adequado.

JUSTIFICATIVA

Este estudo tem como objetivo demonstrar a importância da humanização nas UTI através da visita ampliada, que pode atuar na prevenção e redução da ocorrência de complicações relacionadas ao estresse gerado pelo ambiente hostil, garantindo a segurança do paciente.

OBJETIVO

Apresentar a experiência humanizada vivenciada pela equipe multiprofissional durante as visitas ampliadas realizadas na UTI.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a vivência dos profissionais para a implementação da visita ampliada na UTI adulto de um hospital universitário terciário nos anos de 2019 e 2020. A unidade é composta por 14 leitos e seu atendimento é voltado a pacientes graves clínicos e cirúrgicos com idade superior a 15 anos.

A equipe multiprofissional é composta por médicos, médicos residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, serviço social, psicologia, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudióloga, farmacêutico e dentista.

Para a implantação das visitas ampliadas, foi realizado um treinamento com a equipe multiprofissional, pontuando a importância de o paciente permanecer com o familiar durante 12 horas na unidade. No momento da internação, foi informado ao paciente (quando este estava consciente) e aos familiares a rotina de visita, comunicação e a possibilidade de permanência de um familiar como acompanhante por 12 horas ao lado do leito. A visita ampliada é indicada para todos os pacientes internados na unidade, mas não é obrigatória.

Havendo interesse do paciente e disponibilidade dos familiares, foi agendado treinamento com até três acompanhantes que pudessem se revezar durante o período de internação. Os treinamentos foram realizados pelo profissional de serviço social e psicologia com orientações e informações sobre normas e comportamento adequado dentro da unidade, abordando informações quanto aos cuidados realizados, higienização das mãos, comportamento a beira leito, objetivos da visita, dispositivos utilizados no paciente, comunicação com a equipe, cuidados e segurança do paciente, horários para refeições, uso de aparelho celular e critérios para suspensão das visitas, além de esclarecimento de dúvidas frequentes (motivos do paciente estar edemaciado ou confuso; como ocorre a higienização e alimentação; se é possível tocar no paciente; e a importância de conversar com este, independentemente do nível de consciência). Os horários de visitas sociais permaneceram os mesmos (das 12h às 13h e das 19h30 às 20h), para possibilitar a visita de outros familiares e amigos.

Orientamos os acompanhantes a ficar ao lado do paciente, falar devagar e utilizar frases curtas e simples, lembrar o paciente sobre o dia atual e horário, falar sobre os amigos e família e trazer fotos e calendário para auxiliar na orientação do paciente, evitar a incidência de *delirium* e, conseqüentemente, reduzir o tempo de permanência na UTI.

Durante o período de visita ampliada, a equipe avalia a postura colaborativa dos familiares frente às orientações que foram apresentadas durante o treinamento e, se necessário, a família é orientada novamente. Realizam-se também atendimentos individuais com os familiares com o objetivo de acolher suas demandas, verificar se a visita está sendo benéfica ou não ao paciente e ao familiar, uma vez que a longa permanência deste em UTI pode contribuir para a instalação de um quadro de adoecimento psíquico devido à sobrecarga emocional e psicológica em ambos, anulando os benefícios da visita ampliada.

RESULTADOS

Foram realizados 63 treinamentos com familiares para permanência em visita ampliada de 44 pacientes.

Inicialmente, observou-se resistência por parte da equipe em relação às visitas por receio de que pudessem comprometer a assistência. Contudo, ao longo da experiência, foi possível perceber seu efeito benéfico, inclusive com auxílio dos acompanhantes na assistência ao paciente. Apenas uma visita foi interrompida temporariamente por um familiar que não aderiu às regras orientadas.

Não foi possível realizar a visita por 12 horas completas em cerca de 70% dos casos, por indisponibilidade da família em permanecer por esse período. Desta forma, a maioria das

visitas foi realizada com cerca de três horas de duração. Ainda que por um período menor, foi possível observar uma maior confiança na equipe e uma maior compreensão do quadro clínico pelos familiares.

Quanto ao paciente, foi possível observar a redução de ansiedade, angústia e medo. Em casos de terminalidade, os familiares permaneceram junto do paciente até o falecimento. Em tais casos, o óbito tornou-se menos traumático diante da percepção dos familiares, que relataram que os pacientes se apresentavam tranquilos e sem desconforto físico.

DISCUSSÃO

Considerada como um ambiente desconhecido e incerto, a UTI traz aos pacientes e familiares uma ideia de gravidade associada à morte, o que muitas vezes não é real.

A visita ampliada é uma proposta da PNH cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde (12).

Humanizar consiste em tornar uma prática bela, por mais que ela lide com o que há de mais degradante, doloroso e triste na natureza humana, que é o sofrimento, a deterioração e a morte (13). Sendo assim, a participação da família e amigos nas visitas sociais e ampliadas são fundamentais no processo de humanização nas unidades de saúde. No presente relato, os acompanhantes puderam acompanhar todos os cuidados desempenhados pela equipe multiprofissional e contribuíram para o processo de recuperação de seu familiar, com maior enfrentamento do quadro naquele momento.

A família é vista como grande aliada para o paciente e equipe pois presta apoio a ele e contribui para a diminuição de seus sintomas físicos e psicológicos (14). Tal fato foi observado tanto pelos familiares quanto pela equipe durante a prática.

Ainda que pequena, nossa experiência permite compreender a importância da visita ampliada. Nossa intenção é realizar um estudo específico com ferramentas mais concretas para investigar o real papel da presença da família no auxílio da recuperação do paciente grave.

CONCLUSÃO

O presente trabalho nos permite ressaltar a importância da visita ampliada na UTI. Foi possível observar que não houve aumento da incidência de infecção relacionada à assistência à saúde, aumentando a segurança e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes críticos.

Este relato de experiência sugere que, com treinamento adequado de acompanhantes e familiarização do ambiente, foi possível reduzir o medo e a ansiedade do paciente e de seus familiares diante da internação, assim como reduzir a incidência de *delirium* e consolidar a confiança na equipe, humanizando o ambiente de UTI e incluindo a família no processo de tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saude (Brasil). Portaria nº3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. Acesso em 03 out. 2022.
2. Othero MB, De Carlo MMRP. A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil: desafios para a terapia ocupacional. São Paulo: Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. http://www.abrale.org.br/apoio_profissional/artigos/adecimento_hosp.php. acesso em 04 out. 2022.
3. Damion, Marina; Moreira, Mariana Calesso. Percepção do paciente sobre sua autonomia na unidade de terapia intensiva Patient's perception of his autonomy in intensive care unit. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 11, n. 3, p. 386-396, dez. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822018000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2018.113.09>.
4. Lustosa, Maria Alice. A família do paciente internado. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 out. 2022.
5. Hudak C, Gallo B. Cuidados intensivos de enfermagem uma abordagem holística. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
6. Gotardo, G. I. B., & Silva, C. A. D. (2005). O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev. enfermagem UERJ*, 13(2), 223-228. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/184>. acesso em 06 out. 2022.
7. Crit Care Med 2007;35:497-501).
8. <https://docplayer.com.br/66995544-Projeto-uti-visitas-implementacao-e-avaliacao-da-visita-familiar-ampliada-em-utis-brasileiras.html>.
9. Hospital Moinhos de Vento, PROADI-SUS, Ministério da saúde (2019). *Projeto UTI visitas: Visita familiar ampliada*.
10. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). acesso em 05 out. 2022
11. Wrzesinski, Andressa; Beninca, Ciomara Ribeiro Silva; Zanettini, Angélica. Projeto UTI Visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada. Rev. SBPH, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 90-108, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 out. 2022.
12. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf

13. Moraes JC, Garcia VGL, Fonseca AS. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulto: visão dos clientes. *Nursing (São Paulo)* 2004;7(79):29-35.
14. TERNUS, Brenda Fernandes; WOLLMANN, Isabela. Implementação da política de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. SBPH, São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 76-88, dez. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2022.