Visita Ampliada x Visita Social: há diferenças no nível de conforto de familiares?

Gabrielle Almeida Rios[1]; Kátia Santana Freitas[2]; Amanda Mota de Carvalho Lima[3]; Isabelle Teixeira dos Santos[4]; Jessica Esteves Martins Boaventura[5]; Lais Lima dos Santos[6]; Lilianne de Oliveira Calazans[7]; Maryana Carneiro de Queiroz Ferreira[8]; Patrícia Araújo das Mercês[9]; Stefane Ellen Santana Santos[10]; Vanessa Marcela Lima dos Santos[11]; Victor Araújo dos Anjos[12]; Vivian Manuela Lima dos Santos[13]

1. Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: gaby_riios@hotmail.com

2. Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: freitaskatia@yahoo.com.br

3. Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: amaandacaarvalho@hotmail.com

4. Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: isabellesantos.t@gmail.com

5. Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: jessica_boaventura@hotmail.com

6. Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: lais.lima19@hotmail.com

7. Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: lilianne79@hotmail.com

8. Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: maryanacarneiro00@gmail.com

9. Graduanda em Psicologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: patricia.merces97@gmail.com

10. Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: stehellen@outlook.com

11. Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: vanessamlimasantos@gmail.com

12. Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: victoraraujo_fsa@hotmail.com

13. Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: vivianmanuelalima@gmail.com

INTRODUÇÃO

A internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é marcada por diversos estigmas sociais, sendo, diversas vezes, associada à doenças graves e à morte (REIS, GABARRA, MORÉ, 2016). Nessa lógica, o processo de hospitalização pode ser compreendido como um evento estressor, o qual acarreta mudanças no cotidiano do enfermo e, também, de todos aqueles que fazem parte de sua rotina (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012; PASSOS, PEREIRA, NITCHKE, 2015).

A família, portanto, aparece como uma das principais instituições que vivencia a internação de um parente, experimentando sensações de desconforto e sofrimento, além de lidar com a diminuição do contato com o paciente, provocada pelas formas restritivas de visita (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012; PASSOS, PEREIRA, NITCHKE, 2015). Diante disso, na prática hospitalar, as necessidades da família precisam ser levadas em consideração.

Atentando-se a esse fator é que o Ministério da Saúde institui por meio da Portaria Nº 1.071, de 04 de julho de 2005, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, objetivando um atendimento humanizado ao paciente e seu familiar, bem como a compreensão desses para além de uma ótica biomédica e tecnicista, percebendo-os como ser biopsicossocial, constituídos de histórias próprias (BRASIL, 2005).

A referida Política permite ainda uma maior permanência de um membro da família ao lado do paciente, incluindo a mesma como parte do processo de cuidado (BRASIL, 2005). Já que, conforme demonstrou Lima *et al* (2013) e Freitas, Menezes e Mussi (2015), a visita se configura como um auxílio na terapêutica, na medida em que estar próximo ao paciente, acompanha-lo mais de perto e poder observar a sua evolução são variáveis promotoras de conforto à família e ao sujeito internado (LIMA *et al.*, 2013; FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2015).

Nesse cenário, as UTIs distribuídas pelo Brasil e pelo mundo possuem diferentes políticas de visitação. Algumas são classificadas como restritivas – cuja prática só é facultada em alguns períodos do dia – enquanto outras, ampliada, as quais permitem a presença de um acompanhante. Os hospitais que aderiram a essa última modalidade de visita notaram decréscimo da ansiedade do paciente e dos familiares, maior satisfação dos membros da família, menor número de complicações cardiovasculares, prevenção de delírio, diminuição do tempo de permanência na Unidade, bem como uma melhor comunicação entre a equipe e a família (RAMOS *et al.*, 2014).

Apesar dos benefícios claros, Noordermeer *et al.* (2013) observou que, na Holanda, 87,1% das Unidades de Terapia Intensiva não adotam esse tipo de visitação, enquanto que, no Brasil, um estudo realizado por Ramos *et al.* (2014) mostrou que de 162 UTIs, apenas 2,6% possuem a visita ampliada (NOORDERMEER *et al.*, 2013; RAMOS *et al.*, 2014).

Tendo isso em vista, ao considerar a importância que a visita assume no processo saúde/doença, contribuindo para um tratamento mais humanizado e individualizado, diminuindo o estresse e ansiedade dos enfermos e de seus familiares, além de promover o desenvolvimento da relação família-equipe-paciente, viabilizando uma maior segurança aos

envolvidos, o presente trabalho tem como foco trazer uma análise comparativa entre o nível de conforto dos familiares que participam dos dois tipos de visita oferecida pelo hospital, ou seja, a visita ampliada e a visita social.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

A presente pesquisa tratou-se de um estudo transversal, tendo como base uma metodologia quantitativa. O estudo foi realizado em duas UTIs de um hospital público de uma cidade no interior da Bahia, realizado em 2017 e no ano de 2019. As referidas UTIs contam com dois tipos de visita, a ampliada e a social.

Na primeira delas, o familiar pode permanecer com o paciente de dez a onze horas por dia, a depender da UTI em que o paciente está internado (UTI 1 ou UTI 2). Essa modalidade de visita é para os parentes mais próximos do enfermo, podendo haver, no máximo, duas pessoas cadastradas, as quais, acompanharão o sujeito em horários diferentes. Para isso, o familiar deve assistir a uma reunião de orientação, a fim de conhecer as normas, direitos e deveres durante a permanência na Unidade.

A visita social é destinada para os demais familiares e amigos que não se encontram cadastrados na visita estendida. A mesma ocorre todos os dias, pela manhã e pela tarde, possuindo uma hora de duração por turno sendo permitido a entrada de duas pessoas por paciente.

A amostra foi constituída por cinquenta e sete familiares dos sujeitos adultos internados nas UTIs, sendo vinte e dois familiares cadastrados na visita ampliada e trinta e cinco parentes que frequentavam a visita social. Como critérios de inclusão foram adotados: o sujeito aceitar participar de forma espontânea; apresentar uma idade superior ou igual a 18 anos; ser a pessoa mais próxima e que possua um vínculo mais estreito com o paciente, o qual, deveria dispor de mais de 48 horas de internação. Os da visita ampliada deveriam ter realizado, ao menos, dois dias de acompanhamento, enquanto os da social deveriam ter realizado, ao menos, duas visitas.

A coleta de dados se deu por meio da entrevista, na qual os dados sociodemográficos foram colhidos, seguidos da aplicação da Escala de Conforto para Familiares de Pessoas em Estado Crítico de Saúde (ECONF) que tem como intuito medir o nível de conforto dos familiares de pessoas internadas na Unidade de Terapia Intensiva (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2015). A mesma é constituída por 55 itens, os quais são distribuídos em quatro diferentes fatores. Isto é, a Interação familiar e ente, abrangendo 6 itens, 20 itens concernentes à Segurança, enquanto que Suporte, 21 itens, e Interação consigo e com o cotidiano – 08 itens.

A escala de medida é crescente, à vista disso, quanto maior o valor atribuído à pergunta, maior é o grau de conforto. Em que a pontuação: 1- Nada confortável 2 - Pouco confortável 3 - Mais ou menos confortável, 4 - Muito confortável e 5 - Totalmente confortável. Considerando isso, utilizou-se da interpretação de que os indivíduos que obtiverem escore geral da ECONF menor que 3,67 possuem pouco conforto, os que obtiverem entre 3,68 e 4,12 dispõem de médio conforto e acima de 4,13, alto conforto.

Os dados armazenados em um banco de dados, no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, plataforma Windows. Utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. Para análise da diferença das médias do nível de conforto global e das dimensões da ECONF foi empregado o teste de T Student para amostras independentes. Preliminarmente, o teste de Levene foi usado para avaliar a homogeneidade das variâncias. Para todos os testes adotou-se o nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

Ao considerar a população do estudo, foi possível observar que houve uma predominância de visitantes do sexo feminino, tanto na visita ampliada (100%), quanto na social (60%). Além disso, do total de participantes, quase a metade tinha entre 31 e 43 anos de idade, 42,1% eram católicos e 56,1% desempenhavam alguma atividade laboral.

Os familiares da visita ampliada, em sua maioria, possuíam nível superior, eram casadas e não residiam em Feira de Santana, enquanto que os da social dispunham predominantemente do nível médio, também eram casados e mais da metade morava na referida cidade. Já no que tange a relação familiar-paciente, constatou-se que em ambos os grupos, boa parte dos visitantes eram filhos (as) e irmãos (ãs) e não residiam com o familiar internado. Levando em conta essa última categoria, evidenciou-se que 61,4% eram do sexo masculino, 47,4% dos pacientes se enquadravam no nível grave e 29,6% do total de ocorrências foi o politrauma.

Isso posto, tomando por base a média geral das dimensões, observou-se que, os familiares que participam da visita ampliada apresentaram nível de conforto maior (4,00) que os da visita social (3,57), gerando uma diferença estatisticamente significativa (p=0,004). Depreende-se que o conforto é algo subjetivo, sendo influenciado por questões de natureza física, espiritual, social, psicológico e, também, ambiental, atravessado pelas variáveis de tempo e espaço, bem como, fruto das relações, experiências e significados atribuídos pelos sujeitos (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012).

Considerando a análise por dimensão, notou-se que Suporte foi a única dentre as alternativas disponíveis que apresentou diferença significativa (p=0,000), em que os parentes da visita ampliada julgam médio conforto (3,98) enquanto os da social, pouco conforto (3,14). Essa dimensão está relacionada com a consideração da família como parte do cuidado, de suas necessidades serem levadas em conta, bem como o acesso às informações do paciente (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2015).

Por outro lado, os eventos que compõem a dimensão Interação consigo e com o cotidiano foram avaliados com pouco conforto em ambos os grupos, além de ser a única média cuja visita social foi superior (3,16) à visita ampliada (2,99). No processo de hospitalização de um ente querido, conforme observou Passos, Pereira e Nitchke (2015), muitos familiares abdicam de si, dedicando-se exclusivamente ao sujeito internado, com isso, sua rotina, seus padrões de sono e alimentação, estrutura familiar, acabam sendo alterados, resultando em uma baixa qualidade de vida nesse período (PASSOS, PEREIRA, NITCHKE, 2015).

Atentando-se para os itens que sofreram divergência significativa, “Ser permitido ficar na sala de espera da UTI fora do horário de visita” é a situação menos confortável segundo os visitantes da social, assumindo p o valor de 0,000. Esse resultado pode ser proveniente das normas hospitalares, pois segundo essas, os visitantes da social só podem permanecer durante uma hora nas instalações da Unidade, enquanto que, os familiares cadastrados na visita ampliada dispõem de um tempo mais amplo de permanência, tanto com o familiar, quanto na sala de espera, o que gera um maior conforto no que tange essa variável. “Perceber que os profissionais não insistem para que você saia logo ao término da visita” também apresentou o valor de $p<0,05$ e se assemelha com a situação descrita, sugerindo que os familiares da visita estendida têm uma maior permissividade para permanecer com o familiar e dispõem de uma flexibilização das normas e rotinas hospitalares.

De igual modo, os itens que correspondem à ciência acerca do quadro de saúde do paciente foram avaliados de forma diferente pelos participantes das duas modalidades de visita. “Receber informações sobre seu parente em qualquer horário” e “Receber explicações sobre o que vai acontecer com o seu parente (transferências, alta, exames, novos tratamentos)” foram situações compreendidas com pouco conforto pelos familiares da visita social, e com médio e alto conforto, respectivamente, pelos da estendida.

Freitas, Menezes e Mussi (2012) salientam que, para os familiares, é muito importante estar a par daquilo que acontece com o seu ente hospitalizado (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012), tendo em vista que o desconhecimento acaba gerando sentimentos de preocupação e ansiedade, ao passo que o conhecimento permite uma elaboração daquilo que estão vivenciando (OLIVEIRA, NUNES, 2014). Assim, estar um maior tempo no referido setor permite um maior contato com os profissionais, possibilitando o diálogo entre a equipe e o familiar, bem como um maior conhecimento e acompanhamento do que sucede com o paciente.

Tanto que, “Perceber que o seu parente está reagindo bem ao tratamento” sofreu divergência significativa entre os grupos. Isso porque, conforme salienta Pinho e Santos (2008), estar acompanhando o paciente mais de perto tem como consequência uma melhor compreensão acerca do seu quadro de saúde, passando a reconhecer e valorizar os pequenos avanços (PINHO, SANTOS, 2008).

Nessa mesma lógica, “Receber todos os dias informações do médico” também foi um evento que apresentou diferença expressiva. Isso pode ser consequência de uma norma específica do hospital. Ou seja, a modalidade da visita ampliada dispõe dois familiares fixos, sendo esses que, geralmente, recebem essas informações, por outro lado, a visita social permite que distintos familiares realizem a visita – 2 por turno –, o que gera uma maior variabilidade, podendo haver, em cada dia, diferentes familiares para participar do boletim médico.

Ademais, a relação família-equipe similarmente experimentou melhora, de acordo com os parentes da visita ampliada. Tanto que, “Ter uma conversa com alguém da equipe” e “Receber uma palavra de apoio da equipe durante a internação na UTI” foram itens avaliados com alto conforto por esse grupo e com pouco conforto pelos da social. O acolhimento é um dos pilares para a produção de um práxis humanizada no contexto hospitalar, além de ser promotor de conforto para os envolvidos nesse processo (FREITAS, MENEZES, MUSSI, 2012). Nunes e Oliveira (2014) afirmam que a permanência diminuída provocada pelos modelos restritos de visita acaba sendo um empecilho para a aproximação interpessoal entre

os membros da equipe e os familiares, resultando nesses últimos, uma sensação de abandono no cenário da UTI (OLIVEIRA, NUNES, 2014). Por outro lado, a visita estendida permite que o familiar fique mais tempo na Unidade, favorecendo a aproximação e a troca de experiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou Conclusão)

A visita no contexto hospitalar se configura como um auxílio na terapêutica, ao passo que traz benefícios para todos os envolvidos no processo de internação, sobretudo para os familiares. Esse dado pôde ser percebido nos resultados do presente projeto de pesquisa, pois ficou evidente que os familiares da visita ampliada possuem um maior nível de conforto que os da social, além de ter uma maior aproximação com a equipe e com o paciente e a ciência acerca do tratamento desse.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.071, de 04 de julho de 2005.** Ficam revogadas a Portaria GM/MS Nº 3.432, de 17 de agosto de 1998 e a Portaria GM/MS Nº 1.091, de 27 de agosto de 1999. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de julho. 2005.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G; MUSSI, F.C. 2012. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto de Enferm*. 21(24): 896-904.

FREITAS, K. S.; MENEZES, I. G; MUSSI, F.C. 2015. Validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde. *Rev. Latino- Am. Enfermagem*. 23(4): 660-668.

LIMA, F. A. et al. 2013. Filhos e filhas com pais internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Estud. psicol. (Campinas).* 30(2): 199-209.

NOORDERMEER, K. et al. 2013. Visiting Policies in the Adult Intensive Care Units in the Netherlands: Survey among ICU Directors. *ISRN Critical Care*.

OLIVEIRA, C. N.; NUNES, E. D. C. A. 2014. Cuidando da família na UTI: Desafio de Enfermeiros na práxis interpessoal do acolhimento. *Texto & Contexto Enfermagem*. 23(4): 954-963.

PASSOS, S. S. S; PEREIRA, A.; NITSCHKE, R. G. 2015. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paul Enferm*. 28(6): 539-45.

PINHO, L.B.; SANTOS, S. M. A. 2008. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP*. 42(1): 66-72.

RAMOS, F. J. S. et al. 2014. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. *Rev. Bras Ter Intensiva.* 26(4): 339-346.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORE, C. L. O. O. 2016. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Temas psicol***.** 24(3): 815-828.