

## PERCEPÇÃO DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA EM UTI

### PERCEPTION OF FAMILY AND PROFESSIONALS ABOUT CHILDREN'S HOSPITALIZATION IN THE ICU

Vilene Braga dos Santos<sup>1\*</sup>; Fernanda de Farias Soares<sup>2</sup>; Danúzia da Silva Rocha<sup>3</sup>; Ana Kácia da Silva Ferreira<sup>4</sup>; Tamires Mota da Silva<sup>5</sup>; Patricia Rezende do Prado<sup>6</sup>.

1. Universidade Federal do Acre

\* Autor correspondente: e-mail vik.braga15@gmail.com

#### RESUMO

Conhecer o olhar do outro sobre algo torna possível corrigir falhas e assim evolução acontece. O objetivo deste trabalho foi identificar a percepção dos familiares e profissionais de saúde sobre a hospitalização da criança em uma Unidade de Terapia Intensiva. Essa pesquisa qualitativa foi realizada com familiares e profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. A amostra foi selecionada pela técnica Snow Ball. Foi elaborada por meio de entrevista semiestruturada, no período entre março e junho de 2019 e as informações foram analisadas pelo método de análise do discurso categórico. Como resultado emergiram oito categorias no conteúdo das falas. Com isso, foi observado que os profissionais se sentem responsáveis e têm vínculo com as crianças, porém, é necessário que efetivem suas relações de comunicação, que vejam a família como parte do processo de decisão e de cura da criança. É necessário permitir o acesso integral da criança aos seus pais ou responsáveis, proporcionando a visita estendida conforme preconizado na legislação e direito da criança.

**Palavras-chave:** Percepção. Unidades de Terapia Intensiva. Humanização da Assistência. Família.

#### ABSTRACT

Knowing the other's gaze on something makes it possible to correct flaws and so evolution happens. The objective of this study was to identify the perception of family members and health professionals about the hospitalization of children in an Intensive Care Unit. This qualitative research was conducted with family members and health professionals of a Pediatric Intensive Care Unit. The sample was selected by the Snow Ball technique. It was prepared through semi-structured interviews, between March and June 2019 and the information was analyzed by the categorical discourse analysis method. As a result, eight categories emerged in the content of the speeches. Thus, it was observed that professionals feel responsible and have a bond with children, however, it is necessary that they effect their communication relationships, that they see the family as part of the child's decision-making and healing process. It is necessary to allow the child full access to their parents or guardians, providing the extended visit as recommended by the child's legislation and right.

**Keywords:** Perception. Intensive Care Units. Humanization of Assistance. Family.

## 1. INTRODUÇÃO

As primeiras unidades de terapia intensiva (UTI) foram situadas no Brasil na década de 1970 com o intuito de atender o ser humano em sua singularidade, com assistência de alta complexidade no acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência e que requeriam monitoramento constante<sup>1</sup>. Contudo, não somente os recursos tecnológicos, espaços diferenciados e profissionais especializados são importantes, mas, principalmente, pensar em uma prática assistencial que considere os usuários

de saúde e seus familiares com sentimentos e opiniões, e não apenas como um objeto de trabalho dos profissionais de saúde<sup>2</sup>.

Desse modo, em 2003, o Ministério da Saúde disseminou em todo o Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH) que considera a percepção da família no momento de seu familiar na UTI, os quais se deparam com um ambiente totalmente estranho e desconhecem os equipamentos conectados ou acoplados ao seu familiar<sup>3</sup>. Os equipamentos e a tecnologia utilizada nas UTIs podem causar estresse para o paciente e familiar, como os ruídos dos alarmes dos equipamentos, a luminosidade intensa, o uso de equipamentos como tubo orotraqueal na boca e/ou nariz, a dor, o comprometimento do sono, não ter controle de si mesmo, limitação de movimentos das mãos ou braços devido aos acessos venosos e não ter explicação sobre o seu tratamento; todos estes fatores estão descritos na literatura como os itens mais associados ao desenvolvimento do estresse pelos pacientes, o que deve ser controlado<sup>4</sup>.

Desta forma, a portaria nº 895, de 31 de março de 2017, no capítulo 3, refere a importância em cumprir os requisitos de humanização na assistência ao paciente, com controle de ruído, de iluminação, garantia de visitas diárias e programadas dos familiares, de informações da evolução dos pacientes aos familiares, dentre outros<sup>5</sup>. Assim, infelizmente, ainda se observa alterações de ordem psicológica e afetiva nos pacientes das UTIs, como ansiedade, medo e raiva, principalmente nas crianças que se encontram em sua primeira experiência de hospitalização, sobretudo quando são separadas de seus pais por meio de visitas restritas<sup>6</sup>.

Diante disto, é fundamental um olhar para a criança e seu familiar na UTI, realizando uma assistência humanizada neste momento crítico de vida. Neste intuito, este estudo visou identificar a percepção de familiares e profissionais de saúde sobre a hospitalização da criança em uma unidade de terapia intensiva.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO E PERCURSO METODOLOGICO**

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva da cidade de Rio Branco-AC. A referida unidade atende crianças de 1 mês até 14 anos de idade. Sua estrutura compreende 8 leitos para internação, 1 leito para hemodiálise e 1 leito para isolamento.

O instrumento de coleta de dados foi composto de perguntas do instrumento foram selecionadas questões relevantes ao tema em pesquisa bibliográfica na literatura e na Portaria nº 895, de 31 de março de 2017<sup>5</sup>. Após isso, o mesmo foi validado pela gerência da UTIP, a

qual o complementou. A partir deste momento, foi iniciada a coleta dos dados com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Como critério de inclusão, utilizou-se profissionais de ambos os sexos, membros da equipe da UTIP com atuação na assistência ou gerência, acima de dois anos de experiência, em turnos alternados e que representasse cada categoria profissional. Para os familiares, tentamos abordar familiares de crianças de diferentes idades e graus de complexidade patológica.

Sujeitos da pesquisa: um médico, um fisioterapeuta, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois pais, uma mãe e uma tia.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas, com roteiro semiestruturado, sendo um para o responsável pela criança e outro para a equipe multidisciplinar.

No roteiro de entrevista haviam variáveis sociodemográficas, contendo: idade, estado civil, parentesco com o paciente, escolaridade, profissão, renda, moradia e existência de outros filhos; e questões abertas sobre a hospitalização da criança, o atendimento inicial, cuidados prestados pela equipe na UTIP e assistência humanizada.

Inicialmente foi estabelecido um diálogo e a apresentação do estudo, menção do interesse na pesquisa, deixando oculto aos profissionais os motivos da pesquisa para não acarretar viés, garantimos o anonimato e sigilo<sup>7</sup>.

A pesquisa foi realizada com 4 profissionais e 4 responsáveis pela criança internada. Foi utilizado o método *snowball* para os profissionais<sup>8</sup>. As entrevistas foram realizadas no período entre março e junho de 2019, em locais previamente estabelecidos junto aos participantes do estudo, sendo gravadas, mediante autorização do entrevistado, com duração mínima de 18 e máxima de 56 minutos, em sala reservada, climatizada, sem interferências externas. Foi realizada solicitação prévia da participação por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o qual foi entregue uma cópia para cada participante.

Depois de transcritos, os participantes da pesquisa foram identificados com a designação pai 1 e 2, mãe 1 e 2, conforme sequência de realização das entrevistas, e os profissionais foram identificados com nomes de pedras preciosas (rubi, topázio, esmeralda e safira).

As informações foram analisadas ao fazer a relação entre a empiria e a elaboração teórica utilizando o método de análise do discurso categórica. Foram selecionados os temas ocorrentes e recorrentes identificados nas unidades de registros extraídas dos depoimentos. Assim, o processo de categorização ocorreu dentro de dois principais critérios: o

de repetição e o de relevância dos pontos constantes, no discurso dos entrevistados, essa orientação foi seguida na presente análise<sup>8</sup>.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (UFAC).

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A maioria dos profissionais entrevistados tinha menos de 45 anos de idade, tinha filhos e acima de 4 anos de experiência em UTI. Em relação aos pais, metade deles tinha menos de 30 anos de idade, ensino médio e renda de 1 a 1,5 salário mínimo.

Diante do conteúdo analisado, emergiram oito categorias temáticas para a descrição e discussão dos resultados encontrados, sendo quatro delas extraídas dos depoimentos dos profissionais: Com o tesouro nas mãos: o peso da responsabilidade; Vínculo; O direito da criança e da família e Humanizando, e quatro categorias emergidas dos depoimentos dos pais: “Fizeram o que tinha que ser feito”; Falaram quase tudo ou quase nada; Acompanhante: favor ou direito? e Justiça para todos.

#### **Categorias emergidas dos profissionais de saúde da UTI**

##### **Com o tesouro nas mãos: o peso da responsabilidade**

Diante das respostas apresentadas, emergiu entre as falas dos profissionais um sentimento de responsabilização quanto à expectativa dos pais a respeito do cuidado e do processo de cura dos seus filhos. Conforme exposto:

*[...] já que eles vão entregar para gente o que eles têm de mais precioso, o que mais amam na vida, que é o filho, para uma pessoa completamente desconhecida (Rubi).*

*[...] então a gente tem que procurar o máximo mostrar carinho né, dizer que não vai doer, mostrar segurança. Porque ela está ali indefesa, só tem nós para cuidar dela (Esmeralda).*

*[...] a gente faz muito mais essa parte de salvar... depois que salvou, que tá tudo ok, aí a gente trabalha também essa parte dos pais (Topázio).*

Assim, observa-se que os próprios profissionais reconhecem que pesa sobre eles a responsabilidade e a expectativa da melhora do estado de saúde das crianças.

##### **Vínculo**

Essa categoria emergiu de várias falas relacionadas ao envolvimento inelutável com as histórias da hospitalização das crianças. Por se tratar de crianças, os profissionais se

compadem pela fragilidade de saúde, demonstrando o instinto de cuidado e preservação da espécie:

*[...] Isso sempre existe. Para mim cuidar de um adulto eu cuido de olho fechado, nem ... não me envolvo muito. Já cuidar de criança é diferente. (Rubi)*

*[...] Até porque a gente trabalha com criança né, então, é um... quer queria quer não, é um vínculo maior [...]* (Topázio).

*[...] falei sinto muito, mas aconteceu o pior e sua filha faleceu [...] tamanha era a dor daquela mãe e a minha também, que estava naquela situação [...]* (Rubi).

No entanto, por ser uma relação temporária, com seguidos rompimentos de vínculos, cria-se a estratégia de proteção para evitar o sofrimento.

*[...] o tempo vai modificando, mas a gente sempre procura pensar um pouco na razão para depois a gente pensar na emoção, em uma intercorrência, um exemplo* (Topázio).

### **O direito da criança e da família**

Comprovadamente, a presença da família na UTIP traz benefícios à criança, mas, infelizmente, a UTIP da pesquisa ainda não compactua com a visita estendida. A equipe, ao ser indagada sobre essa questão alegou, dentre outros fatores, a falta de espaço, a agitação das crianças quando na presença da família e incompreensão dos pais quanto aos procedimentos realizados pela equipe. Dentre a maioria, a fala mais comum é que não há necessidade da presença dos pais no caso de o paciente estar sedado e entubado. Conforme exposto nas falas:

*[...] é possível ter acompanhante porque ele é um paciente que ele está acordado, e ele necessita de cuidados, do pai ou da mãe, o restante, como a maioria está usando tubo, estão em sedação, não existe a necessidade de ficar alguém assistindo ele de forma mais direta* (Safira)

*[...] tem acompanhantes, mas em situações específicas, criança intubada, pai não fica! Nem pai, nem mãe, nem tio, nem ninguém, porque não vai influenciar em nada o tratamento, entendeu? Influenciar em nada que eu tô falando, no sentido da melhora dele* (Topázio).

*[...] a Unidade não comporta, nós estamos com nove crianças internadas e se a gente colocar nove acompanhantes aqui vai dobrar a quantidade de pessoas aqui dentro, vai ficar muito tumulto, então a gente tem que fazer esse controle* (Safira).

*[...] eu acho que os pacientes ficam muito mais agitados quando eles estão na presença do pai, eles ficam querendo colo, a gente tem paciente bebê aqui e as vezes eles ficam querendo colo, ficam agitados e isso interfere no equilíbrio hemodinâmico dele [...]* (Safira).

Pode-se observar também que existe uma relação de hierarquização na relação da equipe e os pais/responsáveis, os quais não podem escolher ficar ou não com seus filhos, seja em tempo integral da hospitalização, seja durante a execução de procedimentos invasivos.

*[...] o horário de visita que foi colocado estabelecido aqui na UTI Ped de 11:00 horas foi mesmo por essa questão de toda a rotina nossa que a gente tem dentro de uma UTI* (Topázio).

*[...] na nossa Unidade nós não deixamos que os acompanhantes fiquem no momento de um procedimento emergencial até porque eles não vão entender as nossas condutas e isso gera muita preocupação pra eles, às vezes quando você tá fazendo o procedimento num determinado leito e o acompanhante que tá no outro leito pode interpretar aquilo ali de uma forma errada e passar adiante essa informação que não diz respeito a ele, as vezes ele pode passar essa informação adiante e isso causar um grande transtorno, então nós não deixamos, de forma alguma, que fique nenhum acompanhante durante esse procedimento* (Safira).

*[...] você sabe que o nível escolar da nossa população, não é assim, né [...] pessoa com muito estudo. Então, a gente já teve muitos problemas aqui em relação ao que a gente fala no leito, uma mãe que está aqui dentro escuta, liga para fulana, elas fazem amizade. Trocam telefone, então quem fica aqui dentro, fica de “espião”* (Rubi).

Existe ainda uma comparação entre a UTI pediátrica e a Neonatal feita por um dos entrevistados da equipe. Vale ressaltar que na UTI neonatal já existe a presença de acompanhante em tempo integral, enquanto na UTI da pesquisa, apenas em casos específicos.

*[...] na Neo é diferente, é porta aberta, então pai e mãe podem entrar a hora que for dentro da UTI, aqui não, aqui a gente já tem essas regras e sempre deu certo* (Topázio).

*[...] na Neo já é uma questão mais que eles trabalham com a parte “humanizada” (sinal com as mãos de aspas) que pai e mãe pode entrar a hora que quiser já tem a peculiaridade deles que são bebês que acabaram de nascer* (Topázio).

## Humanizando

Como um dos pressupostos do nosso trabalho, não poderia faltar essa categoria, no entanto, os conceitos de humanização são diferentes, retratados pela visão dos profissionais, o que reforça a ideia de heterogeneidade de conceituação sobre humanização, sendo alguns mais sensibilizados e outros, mais técnicos. Porém, independente da classe, todos definiram e se classificaram como humanizados.

*[...] mas além de tudo a gente tem que dá, não precisa sempre fazer cara de boazinha, tem que ter o tratamento adequado, para mim também é ser humanizado, dar o antibiótico que o paciente precisa, usar o acesso que ele precisa, o que dói menos, o que dura mais. Essas coisas (Rubi).*

*[...] uma assistência mais humanizada fica mais na parte do pós, saindo daquela zona de risco, aí sim a gente dá toda uma assistência mais humanizada... conversar com os pais... sempre fazer um plano de tratamento pra além dele sair daqui ter essa assistência aqui fora, no Hospital da Criança, que aí sim, mãe, pai e toda a equipe fica mais próximo do paciente (Topázio).*

*[...] eu tento fazer o meu possível, tento fazer sempre o meu melhor. Até porque a gente tem isso na base curricular, né? (Topázio).*

*[...] você tem que olhar o paciente de forma integral, em todos os sentidos (Safira).*

Os profissionais também foram indagados quanto às condições ambientais, instigando sua opinião de alguns pontos da Portaria nº 895, de 31 de março de 2017, como ruídos, iluminação e climatização na UTIP, os relatos foram convergentes.

*[...] mas para o serviço a parte de ruídos aqui é mais a parte pessoal do que em relação a equipamentos em si [...] (Topázio).*

*[...] a gente tenta apagar não pode apagar tudo né [...] é questão de... poxa, deve ser ruim dormir com a luz na cara, e para o pai também, o pai ou a mãe, que tá ali tantos dias, dorme em uma poltrona [...] (Esmeralda).*

## Categorias emergidas dos pais ou responsáveis pela criança hospitalizada na UTI

### “Fizeram o que tinha que ser feito”

Diante das respostas apresentadas pelos familiares, pôde-se notar certa conformação ou satisfação com o atendimento que é oferecido aos seus filhos, de forma a aceitar, sem questionar, os cuidados prestados.

*[...] assim... eu acredito que eles fizeram o que eles tinham que fazer, né? [...] infelizmente aconteceu, mas eu acho que eles fizeram o possível (Mãe 1).*

*[...] eles fazem de acordo com o que eles aprenderam, né?... e eu acho que é isso (Mãe 1).*

*[...] só avisaram, a gente assina um termo e eles fazem (Mãe 1).*

*[...] aqui é diferente. Então, eu fico tranquila (Mãe 2).*

Isso nos permitiu perceber que há muita confiança ou passividade sobre a equipe multidisciplinar que cuida da criança, o que resulta na falta de questionamentos e participação da família, no processo de cura do doente.

Nas falas abaixo, é possível identificar que a família se sente privilegiada por estar em um ambiente onde seu filho recebe cuidados intensivos. Esse fato, quando somado a pouca informação que recebem ou conhecem, resulta em um sentimento de resignação, observado nas falas a seguir.

*[...] tem médico aqui próximo, aqui ela tem uma atenção maior do que se estivesse na enfermaria (Pai 1).*

*[...] é uma equipe que é boa. São, realmente, os médicos, enfermeiros, os técnicos ficam tudo em cima (Mãe 2).*

*[...] aqui é diferente. Então, eu fico tranquila (Mãe 2).*

*[...] porque ele foi para a enfermaria e ele voltou, justamente por causa dessa assistência que tem aqui, esse cuidado todo (Mãe 2).*

### **Falaram quase tudo, ou quase nada**

Esta categoria faz referência à comunicação, desde o acolhimento até o fim da permanência da criança na UTIP. Os familiares quando questionados sobre a explicação dos procedimentos na hora da assistência, responderam:

*[...] explicar, não explicaram não. Mas eu já sabia. Mais ou menos (Pai 1).*

*[...] falou que ia dar um sedativo para ela, para por a sonda. [...] Porque como ela vomitou sangue, né, era para tirar o que ainda tinha ficado, aí eu não sei se era no estômago ou se era em outro local (Pai 2).*

*[...] não, não me falaram nada, quem me falou foi meu filho (Pai 1).*



A equipe, por sua vez, julga que a média escolaridade apresentada pela maioria dos familiares pode resultar na falta de compreensão sobre os procedimentos feitos e o tratamento da criança, e por vezes, não explica de forma clara ou simplesmente não explica ao paciente ou responsável.

*[...] até porque eles não vão entender as nossas condutas e isso gera muita preocupação pra eles (Safira).*

*[...] você sabe que o nível escolar da nossa população não é assim, né, pessoa com muito estudo (Rubi).*

### **Acompanhante: favor ou direito?**

Essa categoria surgiu após ser observado, em várias falas, o anseio dos pais em estar junto de seus filhos durante o processo de internação, e ao mesmo tempo, a resignação dos mesmos em relação à negação desse direito, como podemos identificar nas falas abaixo:

*[...] quando eu vinha visitar a gente sente aquela dor ali, aquela coisa toda por a gente não ficar do lado, entendeu? E eu ficava chorando em casa por ele tá aqui e eu estar longe [...] sem saber o que estava acontecendo com ele, sem saber como ele passou a noite, eu ficava me perguntando, entendeu?! Quando amanhecia o dia eu ficava “como é que ele passou a noite?” e assim ia (Mãe 1).*

*[...] pelo apego mãe e filho, entendeu?! É diferente... passar tranquilidade para ele, pra ele saber que eu tô ali, entendeu?! Que eu não saí de perto dele, pra tranquilizar ele (Mãe 1).*

*[...] não, só pediram para eu sair e quando terminasse, iam me chamar (Pai 1).*

*[...] se ele estiver respirando por (...) e, por ajuda mecânica, ventilação mecânica, aí a orientação é os pais irem para casa (Mãe 2).*

*[...] é uma equipe que é boa? É, realmente, os médicos, enfermeiros, os técnicos ficam tudo em cima, mas o coração não fica tranquilo em casa, não tem como (Mãe 2).*

*[...] se eles tivessem me dado a opção, eu talvez não tivesse saído (Pai 1).*

A Unidade de Terapia Intensiva do estudo ainda não permite a permanência dos pais em tempo integral com seu filho. É permitido ao responsável acompanhar a criança apenas quando a mesma se encontra consciente, assim, as crianças que estão sedadas sob ventilação mecânica, apenas recebem visita três vezes ao dia.

### **Justiça para todos**

Durante as entrevistas, grande parte dos entrevistados abordou um assunto que não constava no instrumento norteador das entrevistas, a proibição do uso de aparelho celular dentro do ambiente da UTIP. A queixa refere-se à proibição apenas para os pacientes e acompanhantes, mas não a equipe multidisciplinar. Conforme identificamos nas falas:

*[...] para mim é ruim porque é restrito demais, limitado. Não posso entrar com celular, não posso, não pode ter essa troca de acompanhante sem falar com eles (Mãe 2).*

*[...] porque se em um ambiente não pode usar o celular, então deveria servir para todo mundo, porque a equipe usa, e no meu caso, que sou de Cruzeiro, e tenho família lá, e que precisam saber de mim [...] e, é a única coisa assim que vejo de mais errado (Pai 2).*

*[...] aqui é muito complicado oh, a pessoa não pode entrar com telefone, tem limite de saída, como é que um pai vai ficar aqui isolado sem um telefone na mão? É difícil nesse sentido aí (Pai 1).*

Após uma conversa com a gerência, foi esclarecido que o uso de equipamentos eletrônicos causa interferência no monitor onde demonstram uma frequência que equipara a arritmia. Segundo eles, esse é um dos principais motivos para tal proibição, a qual deve ser esclarecida aos familiares.

Os pontos principais desta pesquisa foram a responsabilidade e vínculo que os profissionais da unidade percebem perante o cuidado com as crianças; a heterogeneidade do conceito de humanização; o direito de escolha dos pais a permanecer com seus filhos e a resignação familiar.

O estabelecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários é uma oportunidade para se construir uma nova prática que busque a melhoria da qualidade da atenção à saúde, permite aproximação mais efetiva entre o paciente e o profissional, de modo a se estabelecer relações de escuta, de diálogo e de respeito<sup>9</sup>. Porém, no caso da unidade do estudo, acompanhar o processo de morte e morrer das crianças/adolescentes provocou sentimentos negativos como frustração, desapontamento, derrota, tristeza, pesar e cobrança em relação aos cuidados prestados. Muitos profissionais não estão vivendo as fases de luto, porque acreditam que agindo com uma postura mais técnica, estão evitando que suas tarefas sejam

atrapalhadas pela emoção<sup>10</sup>. Vale ressaltar, que é importante vivenciar esse processo e senti-lo, pois, faz parte da existência humana e vive-lo nos permite liberar todos esses sentimentos.

A comunicação entre os profissionais, os gestores e os clientes configuram-se em uma peça chave, conforme estabelecido por uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, a transversalidade<sup>3</sup>. Em suas diversas formas, a comunicação tem um papel de humanização e, para isso, é fundamental que a equipe esteja disposta e envolvida para entender que é essencial reconhecer o cliente como sujeito do cuidado, e não passivo a ele<sup>11</sup>. O paciente ou a família, no caso da criança, devem estar cientes de todo o processo saúde-doença, para tomar decisões mais sensatas, participando ativamente deste processo. Para que a comunicação seja efetiva é necessário que haja completa compreensão do exposto, portanto, a linguagem usada deve ser adaptada ao ouvinte<sup>12</sup>.

Como abordado na categoria “O direito da criança e da família”, são vários os estudos que apontam os benefícios da presença da família na UTI, ademais, foi instituída uma lei no Distrito Federal, a 6.366, de 28 de agosto de 2019<sup>13</sup>, que dispôs sobre a permanência de acompanhantes nas dependências das UTIs, e foi implementada devido a diversos argumentos de que a companhia contínua da família é benéfica ao paciente. Os argumentos fundamentaram-se no projeto “UTI Visitas”, mostrando que, diferentemente do que se acreditava, a presença de familiares não trouxe efeitos indesejáveis, como infecções ou desorganização de cuidados assistenciais, mas, interferiu nos condicionantes que levam a depressão e ansiedade dentro da UTI, que é rotineiramente observada pelos profissionais pelo processo de internação e distanciamento dos entes queridos<sup>14</sup>. O projeto ainda demonstrou exemplos de como o familiar pode ajudar dentro da UTI, com a equipe a entender melhor o paciente, contribuir para reforço da aderência do paciente ao tratamento, auxiliar a reduzir a ansiedade, medo e a dor<sup>13,14</sup>.

Além disso, no artigo 12, do Estatuto da criança e do adolescente, pela Lei 8069/90<sup>15</sup>, normatiza que os estabelecimentos de atendimento à saúde devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Apesar disso, essa lei é pouco conhecida e divulgada. A Unidade de Terapia Intensiva do estudo ainda não permite a permanência dos pais em tempo integral, assim, as crianças que estiverem sedadas apenas recebem visita três vezes ao dia. No entanto, a maioria dos familiares não reivindica seus direitos de permanência com seu filho, menor de idade, o que é de seu direito, evidenciando sua resignação perante o cuidado com o seu filho<sup>16</sup>. No presente estudo, nenhum dos participantes mencionou estar previsto em lei esse direito da criança.

A possibilidade de permanência de familiares nas UTIs contribui significativamente para a melhora dos pacientes e permite um tempo menor de internação, contribuindo para a economia e para a racionalização do sistema de saúde<sup>14</sup>.

A humanização se inicia no acolhimento e deve se estender até o processo de alta, reconhecendo durante esse processo, que o outro traz consigo singularidades, características e cultura própria e a partir desse reconhecimento, é necessário construir uma relação de confiança e compromisso com o paciente. É fundamental repensar a postura profissional diante da prática do cuidado, buscando torná-lo acolhedor e humanizado e para isso, as instituições de saúde devem investir na capacitação teórico-prática sobre a temática, de forma a estimular a discussão sobre o tema e inserir estratégias para a excelência do cuidado de enfermagem humanizado<sup>17</sup>.

Durante as entrevistas foi possível notar que cada entrevistado, seja acompanhante ou profissional, definiu humanização de uma forma diferente, porém, apesar dessa heterogeneidade de conceitos, o significado final era o mesmo, fazer o bem, acolher, cuidar, respeitar, atender as necessidades da criança.

Sobre as regras institucionais, no momento da internação, o acompanhante recebe orientações quanto às normas e rotinas da UTI. O paciente e o acompanhante modificam sua rotina e precisam se adaptar às regras desse “novo lugar” e, uma delas é não utilizar o aparelho celular. Atualmente, a tecnologia está envolvida com as mais diversas atividades cotidianas e com certeza, é uma das regras mais difíceis de cumprir, ainda mais quando se observa que essa regra não se aplica a equipe de profissionais, parecendo injusta a proibição aos familiares.

Os aparelhos celulares estão entre os objetos de uso pessoal com alto nível de contaminação e de difícil desinfecção. A sua utilização em estabelecimento de saúde é passível de veicular agentes infecciosos, participando na transmissão de infecções, desde que não sejam desinfetados adequadamente<sup>18</sup>. Dentro da unidade da pesquisa, o uso de aparelhos eletrônicos é proibido, mas apenas pelos acompanhantes e visitantes. Se essa regra deve ser seguida, pela justificativa de ser um meio de transmissão de infecção, sendo conflitante ao tratamento dos pacientes dentro da UTI, então, deveria ser imposta a todos, incluindo os profissionais de saúde e de apoio.

O que a equipe justifica pela proibição do uso dos celulares na beira do leito, é que os monitores podem sofrer alteração pela ação das ondas liberadas pelos celulares, trazendo riscos a vida dos pacientes, podendo interferir no traçado do eletrocardiograma e sugerir uma arritmia, sendo a melhor solução manter os telefones celulares desligados e, caso seja necessário usá-los, se afastar do leito e ambiente da UTI, o que deve ser esclarecido aos

familiares e servir para todos<sup>19</sup>. Desta forma, sugere-se que regras de uso do aparelho celular devam ser estabelecidas e claramente explicadas aos familiares, pacientes e profissionais de saúde desta unidade.

Para finalizar, diante das percepções sobre a hospitalização da criança na UTI, é fundamental a presença dos pais na assistência e envolvimento em todo o processo de vida da criança, reforçando o vínculo familiar e para que os profissionais conheçam as necessidades e angústias da família<sup>20</sup>. Ainda temos muito a avançar no aspecto da presença dos pais na hospitalização da criança, as UTIs pediátricas modernas não têm limites de visitação e as famílias geralmente desfrutam de um quarto individual de paciente com uma cama para que os pais pernoitem<sup>21</sup>. Assim, evidencia-se a necessidade de aproximação da equipe de profissionais e familiares, o que pode contribuir para melhoria do cuidado em saúde e para a construção de relações mais dialogadas e humanizadas<sup>22</sup>.

Esta pesquisa foi realizada com poucos pais devido ao número de crianças hospitalizadas no período do estudo e que aceitaram participar da pesquisa, no entanto, alcançou o objetivo de identificar a percepção dos profissionais de saúde e familiares sobre a hospitalização da criança na UTI. Os resultados sugerem intervenções para melhoria da qualidade e humanização do cuidado às crianças e familiares desta UTI.

Este tema, embora possa ter sido abordado em outros estudos brasileiros, foi o primeiro qualitativo ao identificar a percepção sobre a hospitalização da criança na UTI nesta região brasileira. O acesso à família ao seu filho, por meio da visita ampliada, é uma barreira a ser enfrentada em muitas UTIs brasileiras, o que valoriza o caráter desta pesquisa, enfatizando o direito de acriança ter acesso aos seus pais e familiares e assim, tornando a experiência da hospitalização mais humana e atendendo aos direitos humanos da criança.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir que os profissionais percebem sua responsabilidade e vínculo com a criança, mas que há muito ainda a avançar em relação a uma comunicação efetiva e empática entre profissionais da saúde e familiares como parte integrante das decisões sobre a saúde de seu filho. Somado a isso, faz-se necessária a discussão e instituição de regras sobre o uso do aparelho celular nesta unidade.

Pode-se identificar que a criança hospitalizada nesta UTI não tem acesso aos pais ou responsáveis em tempo integral, o que deve ser discutido visando a implementação da visita estendida para as crianças, atendendo aos preceitos de uma assistência humanizada que é direito da criança hospitalizada.

## REFERÊNCIAS

- [1]. RODRIGUEZ, A. H; BUB, M. B. C; PERÃO, O. F; ZANDONADI, G.  
RODRIGUEZ, M. J. H. **Características epidemiológicas e causas de morte em pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Bras. Enferm. 2016; 69(2): 229-34.
- [2]. CARAM, C. S; REZENDE, L. C; MONTENEGRO, L. C; AMARAL, J. M; BRITO, M. J. M. **Ambiguidades no trabalho da equipe de saúde no contexto de uma unidade de terapia intensiva.** Sanare. 2016;15(1): 15-24.
- [3]. MOREIRA, M. A. D. M. et all. **Public humanization policies: integrative literature review.** Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(10):3231-42.
- [4]. LUIZ, F. F; CAREGNATO, R. C. A; COSTA, M. R. **Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals.** Rev. Bras. Enferm. 2017; 70 (5): 1040-47.
- [5]. BRASIL. **Portaria Nº 895, de 31 de março de 2017.** Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário oficial da união. 31 mar de 2017.
- [6]. BARTH, A. A; WEIGEL, B. D; DUMMER, C. D; MACHADO, K. C; TISOTT, T. M. **Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit.** Rev Bras Ter Intensiva.2016;28(3):323-329.
- [7]. MINAYO, M. C. S. **Qualitative analysis: theory, steps and reliability.** Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(3): 621-26.
- [8]. TURATO, E. R. **Tratado de metodologia clínico-qualitativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- [9]. BALBINO, F. S; BALEEIRO, M. M. F. G; MANDETTA, M. A. **Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2753.
- [10]. ALLIE, Z. et all. **Sobrecarga de luto e seus efeitos e mecanismos de enfrentamento relacionados a profissionais de saúde e administradores de enfermarias no Hospital Nacional do Distrito em Bloemfontein, Estado Livre.** Afr. j. prim. cuidados de saúde fam. med. 2018; 10 (1).

- [11]. SCHMOLLGRUBER, S. **Family care in intensive care units.** S Afr J Crit Care.2019 2020;35(1): 7-7.
- [12]. TORRES-OSPIN, J. N; VANEGAS-DÍAZ, C. A; YEPES-DELGADO, C. E. **Patient and Family-Focused Care in the Pediatric Intensive Care Unit of the Pablo Tobon Uribe Hospital.** Systematization of the Experience. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2016; 15 (31): 190-201.
- [13]. BRASIL. **LEI nº 6.366, de 28 de agosto de 2019.** Dispõe sobre a permanência de acompanhantes nas dependências das unidades de terapia intensiva dos hospitais, unidades de pronto atendimento e maternidades públicas e privadas e dá outras providências. 28 ago de 2019.
- [14]. ROSA, R. G; FALAVIGNA, M; SILVA, D. B; SGANZERLA, D; SANTOS, M. M. S; KOCHHANN, R. et al. **Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the Intensive Care Unit: The ICU visits randomized clinical trial.** JAMA. 2019; 322(3): 216–28.
- [15]. BRASIL. **Ministério da Ação Social. Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990.
- [16]. AZEVÊDO, A. V. A; JÚNIOR, A. C. L; CREPALDI, M. A; **Nursing team, family and hospitalized child interaction: an integrative review.** Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(11):3653-66.
- [17]. RODRIGUES, A. C; CALEGARY, T. **Assistance humanization in pediatric intensive care unit: perspective of nursing staff.** Rev Min Enfermagem. 2016; 20 (933): 1-7.
- [18]. VARELA, A. P. A. S. **Microbiological evaluation of handsets escort in the intensive care unit: a literature review.** Jornal of infection control. 2018; 7(4).
- [19]. WIINBERG, S. et all. **Questionnaire-based evaluation of mobile phone interference with medical-electrical equipment in Swedish hospitals.** Technol Health Care. 2017; 25 (4): 791-796.
- [20]. SANABRIA, M. L. V; RODROGUEZ, L. M. **Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit.** Invest Educ Enferm. 2016; 34(1):29-37.
- [21]. GARROS, D; JOFFE, A. R. **Family Visitation Policies in the ICU and Delirium.** JAMA. 2019; 322 (19): 1924-1924.
- [22]. KAPPEL, V. G; GOULART, B. F; PEREIRA, A. R; CHAVES, L. D. P; IWAMOTO, H. H; BARBOSA, M. H. **Professional-family communication in a children's psychosocial care center: practicalities and difficulties.** Texto contexto - enferm. 2020; 29: e20190025.