

Katya Masae Kitajima Borges¹,
Larissa Teodora Genaro², Mayla
Cosmo Monteiro³

Visita de crianças em unidade de terapia intensiva

Children visit to intensive care unit

1. Mestre em Ciências, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Clínica São Vicente - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
2. Pós-graduanda (Mestrado) em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
3. Mestre em Psicologia Clínica, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Clínica São Vicente - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

RESUMO

A maioria dos hospitais estabelece idade mínima de 12 anos para a entrada de crianças nas unidades de terapia intensiva de adultos, porém, crianças menores participativas do processo de hospitalização têm manifestado, por meio de seus familiares, o desejo de visitar seus entes hospitalizados. Essa situação suscita diferentes opiniões entre os membros da equipe de saúde, principalmente no que diz respeito a pouca orientação sobre como manejar a entrada de criança na unidade de terapia

intensiva sem causar danos psicológicos. Com objetivo de ampliar e fundamentar essa prática realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema, alinhada ao estudo das fases do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança em relação à compreensão da morte para, em seguida, sugerir proposta para rotina de entrada de crianças em unidade de terapia intensiva adulto.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Criança; Atitude do pessoal de saúde; Adaptação psicológica; Visitas a pacientes/psicologia

INTRODUÇÃO

A visita de criança em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto suscita diferentes opiniões entre os membros da equipe de saúde, pois, ainda hoje, é um campo repleto de mitos e controvérsias.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente,⁽¹⁾ é considerada criança a pessoa menor de 12 anos, e adolescente quem tem entre 12 e 18 anos. A maioria dos hospitais faz referência em seus regulamentos sobre permissão de entrada apenas de adolescentes, mas percebe-se que alguns profissionais em seus plantões mostram-se mais sensíveis a essa questão e acabam permitindo que crianças entrem para ver seu ente querido. Tal atitude nem sempre é bem vista por outros membros da equipe, que podem argumentar que: a criança fica exposta a infecção hospitalar, que esta pode ficar traumatizada e descompensar emocionalmente⁽²⁻⁷⁾ e que ela não tem capacidade de entender a doença e nem a morte.

Tais argumentos podem ser plausíveis, mas não devem servir como obstáculo à entrada da criança na UTI adulto, pois elimina a possibilidade de enfrentamento de uma situação real e concreta que irrompeu no seio familiar com a internação de um de seus membros na UTI.⁽⁸⁾ Além disso, estudiosos da psicologia infantil vêm enfatizando a capacidade cognitiva, intelectual, afetiva e emocional da criança, desmistificando a idéia de que esta não sabe lidar com a dor e sofrimento. Visitando o paciente crítico, a criança participa da realidade da família durante a internação, e consegue entender as mudanças na rotina e de comportamento de seus familiares.⁽⁷⁾

Recebido da Clínica São Vicente - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Submetido em 25 de Junho de 2010
Aceito em 2 de Setembro de 2010

Autor para correspondência:

Katya Masae Kitajima Borges
Rua João Borges, 204 – Gávea
CEP: 22.451-100 – Rio de Janeiro (RJ),
Brasil.
Fones: (21) 2529-4613 / 9987-4243.
E-mail: katya.kitajima@
clinicasaovicente.com.br / katya.
kitajima@yahoo.com.br

Há um consenso de que crianças experimentam medo e ansiedade por temerem a morte de seus parentes na UTI e a constatação de que tais sintomas diminuem de intensidade quando a visita é liberada.⁽⁹⁾ Dessa forma, este artigo pretende realizar revisão bibliográfica e sugerir proposta para rotina de entrada de crianças em UTI adulto.

Revisão sobre visita de crianças em unidade de terapia intensiva

A entrada de criança em UTI adulto ainda não é uma prática recorrente no Brasil e nem em outros países e, quando acontece, é sempre decorrente da avaliação em conjunto entre a equipe de saúde e uma psicóloga (quando há na equipe). Poucas instituições possuem políticas de entrada para crianças em UTI adulto;^(5,6,10,11) em algumas, essas avaliações dependem de circunstâncias individuais e do senso comum.⁽¹¹⁾

Dois estudos recentes realizados na Itália identificaram resultados semelhantes. O primeiro verificou que, de 104 UTIs, apenas 22% autorizavam a entrada de menores de 12 anos.⁽⁵⁾ No segundo estudo, 69% das UTIs não aceitavam a entrada de criança.⁽¹⁰⁾ Na França, 54% aceitavam a entrada de crianças a partir de oito anos e, na Suíça, 66% das UTIs não tinham qualquer restrição.⁽⁵⁾

O impedimento da visita de criança em UTI adulto, muitas vezes, está fundamentado no receio da criança adquirir uma infecção hospitalar,⁽²⁻⁷⁾ embora não haja na literatura evidências que confirmem tal argumento. Num estudo quantitativo multicêntrico⁽¹¹⁾ com objetivo de entender os motivos dados pela equipe sobre a restrição de visita de criança na UTI adulto, 36% responderam que o principal motivo era o medo de infecção. Entretanto, alguns desses participantes citaram que médicos e enfermeiras utilizam esse argumento para mascarar certo despreparo emocional em lidar com crianças que tem parentes internados em estado grave na unidade. Outros autores^(3,7,11) colocam que a equipe não sabe lidar com as demandas emocionais, que esse tipo de visita acarreta.

Essas restrições abordam o caráter emocional da visita, nos casos em que alguns membros da equipe limitam a entrada da criança por acreditar que as conseqüências emocionais sejam negativas, como: ansiedade, traumas psicológicos e medo.^(3,6,7,11) Em contrapartida, outros estudos realizados por enfermeiras mostram que, explicar o que a criança irá ver e vivenciar preveniria traumas futuros.^(3,7,8,11,12)

Vários estudos^(2,3,5,11) demonstram que a visita de uma criança a um parente internado na UTI é fundamental, porque a ansiedade e os sentimentos da criança relacionados ao abandono e ao medo da morte diminuem depois da visita; além disso, tendo noção da doença, a criança torna-se mais participativa no processo de internação.^(7,8)

Nicholson et al. ^(2,3) pesquisaram uma amostra de 20

crianças e as separaram em dois grupos. No grupo experimental, a visita de crianças foi liberada e utilizou-se o “*children visitation intervention*”*. O outro grupo teve restrições quanto à visita. No primeiro grupo notou-se uma diminuição dos sentimentos de abandono, medo e ansiedade. No outro grupo houve um aumento dos sentimentos negativos citados anteriormente. Em outra pesquisa,^(2,8) enfatiza-se que não ter acompanhamento na visita de criança a uma UTI adulto pode ser tão prejudicial, quanto à restrição da visita.

Em função dos pacientes estarem cada vez mais lúcidos e acordados em nossas UTIs, as famílias tem participado mais do processo de recuperação do paciente e, muitas vezes, são porta-vozes dos pedidos das crianças para que estas possam também participar e estar junto ao doente.⁽⁷⁾

De acordo com a Convenção pelos Direitos da Criança, publicada em 1990: “É recomendado que a criança seja parte de tudo que acontece a volta dela, assim como da família; a criança tem o direito de ser informado, receber respostas e ter opinião; pensamentos e crenças devem ser respeitados e o que for melhor para a criança deve ser feito”.⁽¹¹⁾ Proteger a criança de situações desagradáveis pode limitar a experiência, retardar ou estragar seu desenvolvimento emocional.⁽⁸⁾

A criança e a morte

Com base nos estudos da psicologia e do desenvolvimento infantil, o ser humano desde a mais tenra idade enfrenta situações de perda, tais como: perda do útero, desmame, retirada da chupeta, nascimento dos irmãos, perda dos dentes, mudança de escola, perda dos brinquedos / objetos, morte do animal de estimação, separação dos pais, etc., além de outras inerentes ao processo de desenvolvimento humano. Essas experiências possibilitam à criança vivenciar e enfrentar a dor, o sofrimento e a frustração gerados pela perda. Diante disso e, principalmente, quando ela se depara com a iminência da morte real e concreta de um ente querido, esta vai tentar compreender o que acontece consigo e a sua volta.

Entretanto, o adulto tende a não reconhecer a capacidade de compreensão da criança agindo de forma inadequada, como quando não explica o que está acontecendo, quando busca minimizar seu próprio sentimento para poupá-la; ou, até mesmo, quando conta mentiras. Tais atitudes deixam a criança confusa e insegura, pois elas têm uma percepção sensorial mais aguçada que os adultos e, portanto, são capazes de captar a linguagem não-verbal transmitida através do tom de voz, das expressões tristes e até mesmo, do silêncio.⁽¹³⁾

*O “*children visitation intervention*” é um suporte sistemático de visita que se utiliza da noção de comportamento dentro da idade de desenvolvimento da criança, baseado em Piaget (1969) e Pigdeon (1977).

Ela percebe a tristeza, a dor, mas não encontra significado, não entende e sente-se desamparada. Ela necessita de explicações adequadas a seu nível cognitivo e intelectual e precisa encontrar significado para a situação vivida.

Torres,⁽¹⁴⁾ psicóloga e uma das pioneiras no Brasil em Tanatologia, fez um estudo minucioso sobre a criança diante da morte e ressalta que sua capacidade de compreensão sobre este tema está relacionada a seu nível de desenvolvimento cognitivo. De forma geral, e baseando-se no desenvolvimento cognitivo proposto por Piaget, a autora destaca que:

- antes de 2 anos, a morte é percebida como ausência e falta; a criança irá procurar a presença da pessoa morta e experienciar uma sensação de perda mas, intelectualmente não pode entender a permanência desta perda;

- entre 3 e 5 anos, compreendem a morte como um fenômeno temporário e reversível;

- entre 6 e 9 anos, com o predomínio do pensamento concreto, entendem a causalidade, não-funcionalidade e irreversibilidade da morte;

- a partir dos 10 anos até a adolescência, o conceito de morte torna-se mais abstrato e compreendem a morte como inevitável e universal.⁽¹⁴⁾

Outros estudos,^(7,11) corroboram tais resultados, pois afirmam que a criança, a partir de 6 meses de idade, já sente falta do seu responsável. Por isso, sua visita a UTI é recomendada, mesmo que o paciente tenha um aspecto doente. Alerta também que a equipe de saúde, na intenção de proteger a criança da situação desagradável, pode contribuir para limitar suas experiências, atrasar ou prejudicar seu desenvolvimento emocional. Enfatizam também que os adultos se chocam mais em ver pessoas doentes do que as crianças.⁽⁴⁾

Alguns autores^(3,7,12) reforçam a importância do conhecimento do desenvolvimento cognitivo e psicológico da criança pela equipe, principalmente pela da enfermagem já que possui um contato direto com a família e o paciente. Tal conhecimento auxilia numa melhor abordagem às necessidades das crianças e a um aconselhamento apropriado para os familiares.

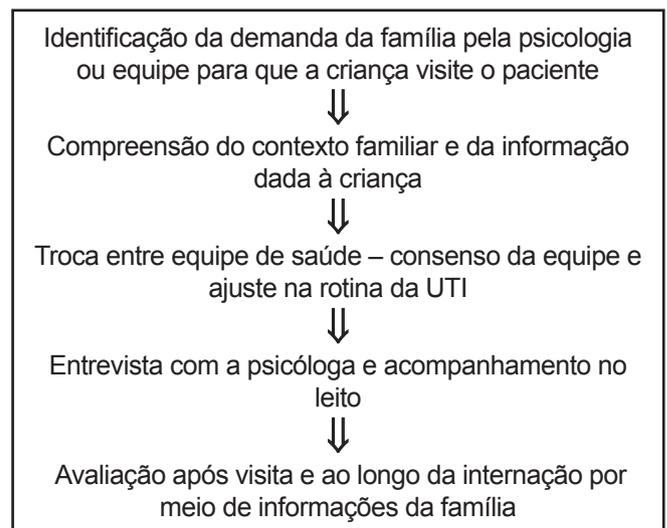
Além disso, a visita de uma criança pode trazer diversão, esperança e senso de normalidade para o parente internado, quando suas condições clínicas permitem.^(2,7) Se bem conduzida, esta pode ser uma experiência benéfica para o paciente, sua família e para a própria criança, que terá oportunidade de participar e partilhar deste momento marcante na vida familiar, evitando dessa forma problemas psicológicos posteriores.

Abaixo serão apresentadas as etapas importantes sugeridas para permitir e acolher a criança em UTI adulto a partir de rotina desenvolvida em nosso serviço.

Passo a passo para a entrada de criança em unidade de terapia intensiva adulto

O pedido para a entrada de criança em UTI frequentemente parte de seu responsável legal e é endereçado à equipe de saúde, normalmente à equipe de enfermagem ou equipe médica. Em nossa instituição, como o Serviço de Psicologia Hospitalar está inserido na rotina de assistência na UTI, as famílias trazem essa demanda durante os atendimentos psicológicos.

O fluxograma (Figura 1) que será descrito a seguir considera o acompanhamento psicológico da criança e da família primordial nesse processo. Entretanto, sabe-se que nem todas as UTIs contam com a presença de psicólogos, o que pode dificultar a visita da criança. Nesse caso, a decisão para tal caberá à equipe médica e de enfermagem de plantão que, provavelmente estarão ocupados com suas tarefas e não prestarão a devida assistência à criança. Esse pode ser um contra-argumento para não liberar a visita, já que se preocupam com o estado emocional da criança.



UTI – unidade de terapia intensiva.

Figura 1 – Fluxograma.

São muitas as variáveis que devem ser consideradas no processo de tomada de decisão quanto à liberação da visita para a criança, entre elas: estado clínico do paciente e gravidade, grau de parentesco, intensidade da relação afetiva com o paciente, maturidade emocional da criança, suporte familiar, compreensão acerca do processo de doença e internação e, principalmente, a vontade da criança (pois nem sempre é vontade da criança entrar, mas sim de seus responsáveis).

O primeiro passo é identificar a demanda da família em relação ao pedido da entrada da criança. É importante que este pedido parta da família ou da própria criança e seja considerado pela equipe de saúde. Compreender o contexto fami-

liar e a motivação do pedido é crucial neste processo. O ideal é que a visita seja agendada, salvo em casos de agravamento do quadro clínico com iminência de morte, onde cada minuto é importante para a família.

Alguns pontos necessitam ser esclarecidos antes da liberação da visita, tais como: a idade de criança, sua relação com o paciente e, principalmente, seu grau de conhecimento da doença e evolução. Com os dados colhidos, comunica-se à equipe médica e de enfermagem a demanda e discute-se o manejo e estratégias de acolhimento à criança. Nem sempre haverá unanimidade entre as opiniões da equipe, mas é necessário chegar a um consenso já que a colaboração de todos da equipe é imprescindível, uma vez que a rotina da UTI será modificada a fim de receber a criança (horário extra de visita, que não comprometa os cuidados ao paciente e não coincida com exames, banho, curativo, etc). Recomenda-se que haja um horário especial de visita para garantir a privacidade e atenção especial requeridas nesta situação.

Uma vez combinado com a equipe o dia e hora da visita da criança, haverá uma entrevista com a psicóloga com o objetivo de avaliar a compreensão da criança referente ao processo de internação e doença, sua maturidade emocional e recursos de enfrentamento. Durante a avaliação há a apresentação de uma maquete da UTI (Figura 2) para que, de forma lúdica, a criança tenha noção do espaço físico. As principais dúvidas são esclarecidas, bem como se desmistifica muitas de suas idéias. Percebe-se que a criança apresenta fantasias do que lhe é falado (tubos, sondas, monitores, catéteres) e, normalmente, essas são muito mais assustadoras do que a realidade.



Figura 2 - Maquete da unidade de terapia intensiva.

Após a avaliação, a psicóloga acompanha a criança no leito junto com seu responsável e explica os procedimentos da visita (lavagem das mãos, uso de luvas e capote quando neces-

sário). Pode ser que outras dúvidas apareçam e é importante esclarecê-las. Finda a visita, há novamente um atendimento com a criança, fora da UTI, com o intuito de saber sobre as impressões desta. Pede-se que ela faça um desenho ou escreva uma carta para ser entregue ao paciente ou afixada em seu box, pois é uma forma dela sentir-se incluída e participante deste momento. Ao longo do processo de internação a equipe de psicologia continuará normalmente o acompanhamento à família, procurando sempre colher informações sobre a criança. Se necessário, a criança poderá retornar outras vezes.

Em situações de risco iminente de morte para o paciente, nem sempre os passos do fluxograma serão cumpridos, pois a morte poderá acontecer a qualquer momento e, a psicóloga pode não estar presente. Nesses casos, deve-se abrir uma exceção e permitir a entrada da criança sem avaliação prévia, visto que nem todos os membros da equipe de saúde estarão preparados para tal. O que é importante nestas situações é a sensibilidade da equipe para perceber se há alguém na família que tenha estrutura emocional para amparar a criança, bem como se esta manifestou vontade de ver ou despedir-se de seu ente querido. Além disso, é importante avaliar se há na própria equipe um profissional que possa dar suporte à criança. Faz-se necessário ressaltar que é fundamental a discussão em equipe, depois do ocorrido, a fim de que esta possa ser instrumentalizada para lidar com estas situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O inter-relacionamento paciente-família-equipe tem grande valor dentro do processo de humanização que envolve atualmente as UTIs brasileiras, exigindo da instituição e, principalmente, da equipe de saúde, habilidades e competências no manejo de entrada dessas crianças para visitar os pacientes graves.

A literatura levantada nesse artigo mostrou resultados diversificados, identificando que a abordagem cuidadosa da equipe de saúde é, sem dúvida, sempre necessária em cada caso, devendo ser fundamentada na estrutura emocional de cada fase do desenvolvimento da criança e na avaliação do sistema familiar. Para tal, a presença do psicólogo na equipe da UTI é importante para acompanhar e avaliar esse processo, assegurando à equipe interdisciplinar, principalmente durante *os rounds*, devida orientação sobre a dinâmica familiar, sua estrutura emocional e sobre o sentido da visita da criança para a mesma.

O trabalho interdisciplinar torna-se fundamental para a aplicação do fluxograma, exigindo uma equipe de saúde alinhada aos objetivos e acima de tudo sensibilizada à essência do princípio bioético da autonomia, aonde se rege o desejo do paciente e seu familiar.

A aplicação do fluxograma apresentado, ajustado

sempre às necessidades de cada caso, tem sido bastante útil na prática institucional. Percebe-se que a equipe de saúde tem se mostrado mais tranqüila e confiante com as orientações e que as famílias sentem-se mais aliviadas e acolhidas por compartilharem com os profissionais suas angústias relacionadas à forma de lidar com a criança. Porém, diante da importância e da delicadeza do tema, fazem-se necessárias novas discussões para aprofundar os estudos e dessa forma poder sistematizar a entrada de crianças nas UTIs.

Agradecimentos:

A todos os profissionais do CTI da Clínica São Vicente pela disponibilidade e pelo verdadeiro trabalho em equipe.

Ao Centro de Estudos e Pesquisas Genival Londres pelo apoio e incentivo.

ABSTRACT

Most hospitals only allow children above 12 years-old to visit adult intensive care unit patients. However, younger children participating in the hospitalization process manifest, through their family members, their willingness to visit their hospitalized relatives. This raises different health care team members' opinions on how to manage their visits to the intensive care unit and prevent psychological harm. Aiming to expand and support this practice, a literature review was conducted, and the children's cognitive and emotional development phases related to understanding of death studied. From this, a routine for children's visits to adult intensive care unit is proposed.

Keywords: Intensive care units; Child; Attitude of health personnel; Adaptation, psychological; Visitors to patients/psychology

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
2. Vint PE. An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005;21(3):149-59.
3. Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *J Adv Nurs.* 2001;34(1):61-8. Review.
4. Johnstone M. Children visiting members of their family receiving treatment in ICUs: a literature review. *Intensive Crit Care Nurs.* 1994;10(4):289-92.
5. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(6):366-74.
6. Biley FC, Millar BJ, Wilson AM. Issues in intensive care visiting. *Intensive Crit Care Nurs.* 1993;9(2):75-81.
7. Johnson DL. Preparing children for visiting parents in the adult ICU. *Dimens Crit Care Nurs.* 1994;13(3):152-4, 157-65.
8. Rozdilsky JR. Enhancing sibling presence in pediatric ICU. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2005;17(4):451-61, xii.
9. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, Spuhler V, Todres ID, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D; American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007;35(2):605-22.
10. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med.* 2008;34(7):1256-62.
11. Knutsson S, Bergbom I. Nurse's and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *Nurs Crit Care.* 2007;12(2):64-73.
12. Barker C, Nieswiadomy RM, Arnold WK. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care. *Heart Lung.* 1998;17(4):441-6.
13. Torres WC. A criança diante da morte: desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
14. Borges ADVS, Silva EF, Mazer SM, Toniollo PB, Valle ERM, Santos MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol Estud.* 2006;11(2):361-9.