


Silvana Pinto Hartmann¹, Júlia Schneider Hermel¹,
Cassiano Teixeira² 

1. Serviço de Psicologia, Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre (RS), Brasil.
2. Serviço de Clínica Médica, Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre (RS), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 24 de maio de 2020
Aceito em 30 de maio de 2020

Autor correspondente:

Cassiano Teixeira
Hospital Moinhos de Vento
Rua Ramiro Barcelos, 910
CEP: 91340-001 - Porto Alegre (RS), Brasil
E-mail: cassiano.rush@gmail.com

Editor responsável: Felipe Dal-Pizzol

DOI: 10.5935/0103-507X.20210020

Há lugar para visitação de crianças nas unidades de terapia intensiva adulto?

Is there room for children to visit adult intensive care units?

AO EDITOR

“Meu esposo está há mais de 60 dias na UTI e temo que esteja chegando a hora de sua partida. Fui informada da regra de que a visita é permitida a partir de 12 anos, mas nossa filha tem 11. Ela fará 12 anos em 2 semanas, mas não sei se teremos esse tempo para esperar. Posso trazê-la para se despedir?”

Este pedido interrogado na porta de uma unidade de terapia intensiva (UTI) proporciona reflexões e geralmente recai sobre diferentes opiniões e controvérsias. Os hospitais brasileiros recomendam que crianças menores de 12 anos não realizem visitas a pacientes internados, considerando os riscos de transmissão de doenças e acidentes. Também há preocupações quanto a aspectos emocionais envolvidos. O Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos.⁽¹⁾ Em UTIs onde o Serviço de Psicologia está inserido na equipe, geralmente os pedidos de entrada de uma criança são endereçados à avaliação psicológica.⁽²⁾

Um estudo transversal com 446 enfermeiros norte-americanos de UTIs de adultos analisou suas percepções e práticas em relação à visita infantil. Essa pesquisa mostrou que 67,9% entendiam que as crianças possuíam risco de trauma psíquico ao visitar um adulto na UTI. Sobre as políticas de visitação de crianças, 27,4% sinalizaram que suas UTIs não as possuíam. Análises permitiram inferir que os enfermeiros com Mestrado tinham 1,8 vez mais probabilidade de acreditar que crianças até 5 anos deveriam visitar os pacientes. A chance de os enfermeiros permitirem que crianças visitassem era maior se o paciente fosse o pai da criança ou se estivesse morrendo. Os pesquisados sinalizaram que as UTIs poderiam se beneficiar de especialistas em infância para facilitar a visitação.⁽³⁾

Há de se considerar que crianças desempenham papéis dentro das famílias, sendo eles filhos, irmãos, sobrinhos, netos entre outros, e continuarão mesmo que tenham familiares em estado crítico. É usual ouvir que “UTI não é lugar de criança”, além de questionamentos sobre como elas irão entender a situação e se comportar ou reagir, caso vejam o paciente.

Ao se afirmar que lugar de criança não é na UTI, a discussão é reduzida à negação da realidade. O questionamento poderia ser no sentido de como posso viabilizar que a UTI permita a despedida entre um filho e um pai? O que cateteres, máquinas de hemodiálise e bombas de infusão têm de mais avassalador do que a morte? Como se pode ajudar uma criança a entender as limitações que enfrentará na família quanto à dependência física e ao adoecimento crônico de sua mãe? O que o afastamento do filho de uma puérpera com síndrome de Guillain-Barré pode representar emocionalmente à paciente e ao bebê?

O entendimento sobre como as crianças elaboram o conceito de adoecimento pode ser inicialmente interpretado sob o ponto de vista do desenvolvimento cognitivo e cultural. No que se refere à cultura, rapidamente é possível exemplificar, ao observar a tela *Ciência e Caridade*,⁽⁴⁾ de 1897, de



Pablo Picasso, exposta no Museu Picasso em Barcelona, Espanha (Figura 1). Nessa obra, pode-se inferir uma mulher gravemente enferma, na presença de um médico, uma religiosa e uma criança – talvez filha da doente. Ariès⁽⁵⁾ justifica que “não há representação de um quarto de moribundo até o século XVIII sem algumas crianças”.



Figura 1 - Pintura “Ciência e Caridade”, 1897, de Pablo Picasso. Óleo sobre tela, 197 x 249cm. Barcelona; Museu Picasso.

Com a ausência ou a escassez de hospitais, os partos, os tratamentos de doentes e a morte aconteciam em casa. As crianças visualizavam e participavam da realidade exposta como era. Ainda hoje, depara-se com histórias de pessoas que contam a lembrança da morte de suas mães, em casa, durante o parto. Certamente essas falas remetem ao trauma da perda da mãe e da vida vivida. Hoje, com as mortes nos hospitais e nas UTIs, as crianças ficaram protegidas dessas imagens bárbaras, no entanto, a perda ainda existe. O que se pode propor é que existam ponderações sobre os polos em que, culturalmente, a sociedade está imbuída. Saiu-se de uma realidade escancarada para uma exclusão da participação da criança no contexto de ausências e perdas enfrentadas com o adoecimento nas famílias. O que se sugere com esses apontamentos são propostas de diálogo e de formas de elaboração do contexto atual.

Quanto às dúvidas sobre o entendimento da criança sobre a realidade, faz-se necessário compreender particularidades de cada etapa do desenvolvimento. Para bebês com menos de 1 ano, sugere-se fazer contato com o pediatra a respeito de sua condição de saúde e exposição ao ambiente crítico. Crianças entre zero e 2 anos apresentam o conhecimento do mundo exterior por meio dos sentidos e de habilidades motoras. A criança com menos de 2 anos percebe ausências e faltas dos pais ou responsáveis. Crianças entre 3 e 5 anos entendem

o mundo sob sua perspectiva individual e egocêntrica. A morte é vista como um fenômeno temporário e reversível. Entre 6 e 9 anos, possuem o pensamento concreto, tendo a noção de irreversibilidade. Podem ser incentivadas a fazer perguntas sobre as visitas. A partir dos 10 anos até a adolescência, compreendem a situação na totalidade em que se encontram, assim como a morte sendo inevitável e universal. Mesmo as crianças menores mais independentes, é preciso apoiá-las e que recebam informações precisas sobre o paciente.^(6,7)

Sabendo-se disso, a equipe de saúde, ao ser abordada sobre uma solicitação de visitação, deve identificar de quem é o desejo da visita.⁽²⁾ Conforme a idade, pode ser manifestação da criança, e, assim, será imperativo ter ciência do que foi comunicado a ela pela família sobre a internação do familiar. Na prática rotineira, identificam-se dificuldades nesses aspectos. Há relatos de silêncios e uso de metáforas, no intuito de amenizar o sofrimento. Algumas vezes, identifica-se que o pedido de visita seria uma forma de fazer com que alguém da equipe comunicasse à criança aquilo que está difícil para a família. No entanto, os profissionais não devem assumir a responsabilidade de um diálogo que é das famílias, mas podem auxiliá-los e instrumentalizá-los sobre isso. Também é necessário ter, sempre que possível, a anuência do paciente.

Faz-se fundamental que a equipe da UTI seja consultada, e que seja discutido, de forma multiprofissional, a viabilidade em cada caso. A criança deve estar acompanhada por um responsável com quem possua vínculo afetivo. Sugere-se que esse familiar também reflita como se sentiria com a visita, pois a ele recairão a comunicação e o amparo da criança.

Se for consenso entre todas as partes envolvidas, devem-se viabilizar meios de que a criança seja protegida do entorno da UTI, mantendo o paciente coberto, as cortinas dos pacientes ao redor fechadas ou com as portas do box fechadas se a UTI tiver leitos individualizados. Recomenda-se que a visitação seja breve, por poucos minutos.⁽⁶⁾ Considera-se a imprevisibilidade do acontecimento de intercorrências, portanto, é necessário que o horário da visita seja um acordo multidisciplinar. Quando possível, pode-se esperar a saída do paciente da terapia intensiva, e a visita pode ser realizada na enfermaria.

A exemplo de uma solicitação de visitação, foi realizada entrevista psicológica com a mãe de uma criança de 7 anos que verbalizou o desejo do filho em ver o pai no seu pós-operatório na UTI. Questionou-se sobre o entendimento da criança e, para isso, foi solicitado pela psicóloga que o menino realizasse um desenho de como imaginaria que seu pai estaria (Figura 2). O menino explicou que o pai estava deitado em sua cama “fazendo remédios na veia”. Ao lado, havia uma mesa, para realizar a refeição, e, do

mesmo lado, estavam a enfermeira e o médico. A frente, havia uma televisão e o chefe. Após a visita, foi realizada nova abordagem para avaliar a adequação da realidade imaginada e a vivenciada pelo menino. Ele verbalizou que o pai estava melhor do que pensava, pois o encontrou sentado na poltrona e não mais deitado, como no desenho.

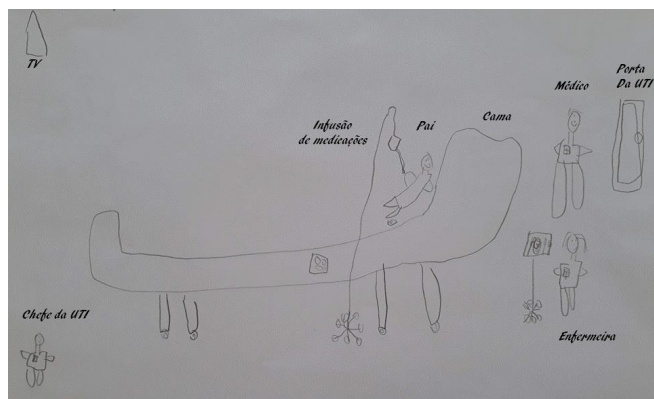


Figura 2 - Desenho da criança.

Com autorização.

Preocupações quanto à visitação de crianças são legítimas e evidenciam a necessidade de se estabelecer uma rotina nas UTIs. No contexto de pandemia, onde há restrições mundialmente recomendadas, os riscos são inquestionáveis quanto à circulação de pessoas nos hospitais. Para amenizar o distanciamento entre doentes e as famílias, atualmente, com dispositivos eletrônicos, como computadores e celulares, é possível fazer visitas virtuais por meio de videochamadas. Nesse aspecto, o risco de infecções é controlado, e convém salientar que, independente da modalidade de visitação, os pontos aqui explanados devem continuar sendo considerados quanto às questões que envolvem as crianças, para além de marcos cronológicos.

O que se propõe com essa discussão é a avaliação da possibilidade de visitas com critérios e cuidados. A visitação, quando se conhece o contexto em que ela se dará e se realizada com segurança, poderá ser de importância subjetiva nas famílias, sendo necessária para elaboração de ausências e da falta gerada pelo adoecimento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil; 1990. [citado 2020 Mai 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm#
2. Borges KM, Genaro LT, Monteiro MC. Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):300-4.
3. Desai PP, Flick SL, Knutsson S, Brimhall AS. Practices and perceptions of nurses regarding child visitation in adult intensive care units. *Am J Crit Care*. 2020;29(3):195-203.
4. Picasso P. *Ciência e Caridade* [óleo sobre tela]. 1897. Barcelona: Museu Picasso.
5. Ariès P. *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
6. Torres WC. *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
7. Sunnybrook Health Sciences Centre. Can children visit their loved one in the ICU? [cited 2020 May 23]. Available from: <https://sunnybrook.ca/content/?page=navigating-icu-need-to-know-children>