

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

POLIANA DA SILVA MARTINS

**FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA VISITA HOSPITALAR NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**Belo Horizonte
2019**

POLIANA DA SILVA MARTINS

**FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA VISITA HOSPITALAR NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, para obtenção do título de Especialista em Terapia Intensiva.

Orientadora: Professora Dra. Carla Aparecida Spagnol.

Belo Horizonte
2019

POLIANA DA SILVA MARTINS

FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA VISITA HOSPITALAR
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA


BANCA EXAMINADORA •



Profa. Carla Aparecida Spagnol



Profa. Selme Silqueira de Matos



Profa. Anadias Traiano Camargos

Aprovada em 05 de abril de 2019.

Belo Horizonte 2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Martins, POLIANA DA SILVA MARTINS

OS FATORES DIFICULTADORES E FACILITADORES NA VISITA HOSPITALAR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA [manuscrito] / POLIANA DA SILVA MARTINS Martins. - 2019.

35 p.

Orientador: carla spagnol.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em terapia intensiva.

1.visita hospitalar. 2.unidade de terapia intensiva. I.spagnol, carla. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais do Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, onde aprendi a refletir acerca do cuidado prestado aos pacientes internados e reforcei a importância do papel do enfermeiro e do acompanhante nesse momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter possibilitado a realização desse sonho e ter guiado meus passos. A minha família pelo apoio e incentivo. À Professora Anadias Trajano Camargos, que me orientou durante todo o Curso de Terapia Intensiva, e participou da minha formação como intensivista, incentivando e sendo uma referência não somente para mim, mas para os enfermeiros que atuam na área. Em especial, à Professora Carla Aparecida Spagnol, pela disponibilidade durante minha orientação, pela paciência, cuidado e compreensão das minhas dificuldades enfrentadas em cada fase da elaboração deste trabalho.

RESUMO

Introdução: a visita em ambiente hospitalar é um momento importante para o paciente e acompanhante, pois esse período permite o restabelecimento de uma relação afetiva e emocional com o familiar ou amigo, e isso contribui na recuperação do paciente. Devido essa importância o Programa Nacional de Humanização e o Projeto UTI visitas estimulam a ampliação do horário de visita nas unidades intensivas. Estudos científicos demonstram os benefícios para pacientes e familiares quando se tem uma ampliação do horário de visita. Entretanto, na prática ainda se observa nos hospitais horários de visitas reduzidos e pontuais. **Objetivos:** identificar nos artigos científicos como tem sido a prática da visita hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva e analisar os principais fatores facilitadores e dificultadores da visita nesses setores. **Metodologia:** trata-se de uma metassíntese, método que permite uma integração de resultados qualitativos, possibilitando uma síntese do conhecimento produzido e identificação de lacunas para fundamentar melhor estudos científicos futuros. **Resultados:** a visita proporciona conforto para o paciente e criação de vínculo com os profissionais de saúde, contribuindo na recuperação do paciente. Entretanto esse estabelecimento de vínculos é desafiador, uma vez que a internação em uma unidade intensiva desperta insegurança no familiar e paciente, que sentem fragilizados nesses momentos e necessitam de maior sensibilidade ao serem abordados. **Conclusão:** a visita nas unidades intensivas ainda é realizada com horários pontuais, e isso corrobora para uma comunicação escassa. Espera-se que esse estudo estimule novas pesquisas na área e sensibilize os profissionais com relação a importância da visita hospitalar.

Palavras-chave: Visita Hospitalar; Visitas a Pacientes; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Introduction: The hospital visit is an important moment for the patient and companion, since this period allows the reestablishment of an affective and emotional relationship with the family or friend, and this contributes to the recovery of the patient. Due to this importance, the National Humanization Program and the UTI Visits Project stimulate the expansion of visiting hours in the intensive units. Scientific studies have demonstrated a reduction in delirium and an average length of hospital stay with an increase in visiting hours. However in practice it is observed times of reduced visits and punctual. **Objective:** To identify the main factors hindering and facilitating the hospital visit in Intensive Care Units. **Methodology:** this is a meta-synthesis, a method that allows the integration of qualitative results, enabling a synthesis of the knowledge produced and identification of gaps to better inform future scientific studies. **Results:** the visit provides patient comfort and bonding with health professionals, contributing to patient recovery. However, this establishment of bonds is challenging, since hospitalization in an intensive unit arouses insecurity in the family and patient, which feel fragile in these moments and need greater sensitivity when approached. **Conclusion:** the visit in the intensive units is still carried out with punctual schedules, and this corroborates for a scarce communication. It is hoped that this study will stimulate new research in the area and sensitize professionals with regard to the importance of the hospital visit.

Keywords: Hospital visit; Visits to Patients; Intensive care unit.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descritores em saúde e definição	19
Quadro 2 – Trajetória da localização e seleção das publicações	19
Quadro 3 – Características das publicações que compõem a amostra	21
Quadro 4 – Síntese dos estudos selecionados	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4 PERCURSO METODOLÓGICO	17
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
8 REFERÊNCIAS	31
9 APÊNDICE.....	35

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) são destinadas a pacientes com maior gravidade e complexidade, e que possuem risco iminente de morte (BRASIL, 2004). Em consequência da complexidade dos pacientes internados nesse setor, esse ambiente necessita de um grande número de equipamentos e profissionais de saúde, o que contribuem para um ambiente menos familiar e mais hostil.

Para Beccaria *et al.* (2008) uma das condições para se prestar uma assistência humanizada é tornar mais efetiva a atuação enfermeiro e da equipe de enfermagem junto à família, pois esses são profissionais que têm um contato contínuo com o paciente internado e com a equipe multiprofissional, possuindo assim informações detalhadas a respeito do mesmo. Além disso, o enfermeiro, na maioria das vezes, é o primeiro profissional com quem o familiar e paciente têm contato, reforçando a sua importância no acolhimento e orientação dessas pessoas.

O papel do enfermeiro como profissional que presta informações e esclarecimentos ao paciente e a família é um dever expresso na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen- nº 311/2007), podendo essa obrigação ser observada no Art. 17: “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem” e no Art. 20 “Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências de seu estado de saúde e tratamento (BRASIL, 2007).

A partir da experiência da autora, como enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pode-se dizer que o fato desta unidade ser um local destinado a pessoas com maior gravidade, proporciona no paciente, nos familiares e seus amigos um sentimento de insegurança e ansiedade. Dessa forma, a visita em ambiente hospitalar é um momento muito importante para o paciente e acompanhante, pois esse período permite o restabelecimento de uma relação afetiva e emocional com o familiar ou amigo, e isso contribui, principalmente, na redução da ansiedade, e auxilia o paciente durante o seu processo de recuperação.

Durante a visita, o paciente tem a oportunidade de ter contato com uma pessoa conhecida e que possui vínculo, sentindo assim mais seguro e amparado nesse momento de fragilidade. É o período, em que ele tem a oportunidade de aproximar do seu cotidiano, que foi interrompido pela internação, propiciando um ambiente mais confortável. Esses sentimentos proporcionados durante a visita podem contribuir e auxiliar o paciente no processo de recuperação durante a internação (ABRÃO, 2014).

A visita hospitalar permite, ainda, a criação de um espaço de diálogo entre o profissional de saúde e o acompanhante para sanar suas dúvidas e informar sobre a situação de saúde do paciente, garantindo dignidade ao enfermo ao possibilitar o restabelecimento de suas relações interpessoais. Neste contexto, o Ministério da Saúde define como acompanhante qualquer representante da rede social da pessoa internada, que o acompanha durante sua permanência nos ambientes de assistência à saúde (BRASIL, 2007).

Tendo em vista a importância da visita hospitalar a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH-2001) propôs a visita aberta, com o objetivo de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, a fim de garantir um elo entre o paciente e sua rede social (BRASIL, 2007). Nessa rede de apoio merece destaque, a proposta de visita ampliada, com duração de 12 horas por dia, nas UTIs, que foi divulgado nas instituições de saúde como: Projeto UTI visitas (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017).

A proposta de ampliação da visita hospitalar para as UTIs é muito relevante, pois ao ser admitido nesse ambiente o paciente vivencia um momento de grande estresse e fragilidade, ocasionados, principalmente, pela internação, mobilização restrita ao leito, emissão de ruídos sonoros por dispositivos assistenciais, dificuldade de repouso e de privacidade, somados a privação do familiar próximo ao leito. Esses fatores contribuem para o aumento da insegurança e ansiedade tanto do paciente, quanto do familiar (ALMEIDA, 2009).

Estudos demonstram que 30 a 70% dos pacientes, internados em UTIs, são acometidos com *delirium*, que é um problema de saúde pública, definido como disfunção cerebral aguda, caracterizado por distúrbio de consciência, atenção, cognição, percepção e se manifesta por meio de confusão mental. A incidência de *delirium* está associada à maior tempo de internação, maiores gastos em saúde, maior risco de morte e de declínio cognitivo a médio e longo prazos. Portanto, é indispensável implementar estratégias que possam reduzir a ocorrência de *delirium* dentro da UTI (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017).

A principal estratégia na redução da taxa de *delirium* é a presença da família junto ao paciente internado na UTI. Essa medida, segundo os estudos científicos, contribui para sua reorientação temporal e espacial, adesão ao tratamento, controle da dor e minimização do desgaste emocional causado pela internação. Ademais, os estudos identificaram que a visita ampliada é a preferida pela maioria das pessoas internadas, pois a presença do familiar próximo auxilia a equipe a compreendê-los melhor (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017).

Porém, apesar das políticas públicas incentivarem a visita ampliada, e de estudos científicos comprovarem seus benefícios, observa-se notoriamente na prática, que a maioria dos hospitais brasileiros permitem visita hospitalar nas UTIs com horários pré-definidos, variando de 30 minutos a uma hora por dia. Esse modelo de visita com horários reduzidos fundamenta-se em função do risco teórico de aumento do estresse fisiológico, do prejuízo à organização do cuidado ao doente crítico e da ameaça de complicações infecciosas ocasionadas pelo maior tempo de permanência dos familiares dentro das UTIs (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017).

Esse cenário demonstra que são necessários mais estudos na área para compreender como está sendo realizada a visita hospitalar nas UTIs e quais são os fatores facilitadores e dificultadores dessa prática, que possui benefícios para o enfermo evidenciado por estudos científicos, porém na prática muitas vezes não é realizada conforme preconizada pelo Ministério da Saúde.

2 OBJETIVOS

O presente trabalho tem os seguintes objetivos:

- identificar nos artigos científicos como tem sido a prática da visita hospitalar em UTI.
- analisar os principais fatores facilitadores e dificultadores na visita hospitalar em UTI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Unidade de Terapia Intensiva é um dos setores mais críticos e complexos do hospital, destinado a pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada que envolve diversos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

O paciente que se encontra nesse contexto vivencia um momento de extrema vulnerabilidade e frequentemente se sente desamparado devido à situação de saúde instável, a falta de informação sobre o seu estado de saúde e o sofrimento gerado pelo afastamento temporário da família. A internação nesse setor pode provocar sentimento de insegurança e temor não apenas no paciente, mas também nos familiares, que se sentem desamparados e tentam elaborar estratégias para enfrentar essa situação (REIS; GABARRA; MORE, 2016).

Associado à condição de saúde do paciente, a estrutura física da UTI, por possuir uma grande quantidade de aparelhos tecnológicos, intensa atividade da equipe e número elevado de profissionais de saúde, também contribui para que essa unidade tenha um ambiente que tende a ser pouco receptivo e causar estranhamento tanto ao paciente quanto aos familiares. Além disso, a concentração de tecnologias e a complexidade da assistência prestada exigem que esses profissionais estejam em constante aprendizado e que saibam operar com habilidade os aparelhos mais modernos (VILA; ROSSI, 2002). Isso favorece uma racionalização do cuidado, mas, por outro lado colabora para o distanciamento do olhar humanizado para o paciente (ALMEIDA, ARAGÃO, MOURA et al., 2009).

Ressalta-se que uma internação em UTI, não envolve somente o âmbito hospitalar, mas também ocasiona mudanças no cotidiano das famílias, causando modificação nas atividades realizadas diariamente, tanto profissionais quanto pessoais (REIS; GABARRA; MORE, 2016). Muitas vezes devido à nova situação, o familiar é obrigado a mudar seu comportamento e estabelecer novas relações familiares. Um exemplo disso é a internação de uma mãe na UTI cuja filha torna-se a sua cuidadora, assumindo compromissos e responsabilidades, que até o momento não tinham sido vivenciados.

Neste contexto, o único momento em que é possível o contato do paciente com a família é no horário da visita. O familiar, nesse momento, se defronta com um cenário desconhecido, com equipamentos que envolvem o paciente, os quais emitem sinais luminosos e sonoros, há uma sensação de perda da identidade do paciente, visto que está desfigurado (sem roupa ou com roupa hospitalar, envolto por fios e monitores). Esses fatores dificultam o reconhecimento do paciente pela própria família, aumentando, assim, a ansiedade e o

questionamento do familiar à equipe de saúde (FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO, 2012). Acrescido a esses fatores, na maioria das vezes, não há uma resposta satisfatória do paciente ao seu familiar, devido ao seu estado de saúde, o que gera ainda mais insegurança e questionamentos dos familiares. Diante de tantas dúvidas ocasionadas pela internação o horário e intervalo de visita costuma ser pequeno.

Outro fator é que os profissionais de saúde realizam um número significativo de procedimentos e cuidados sentindo-se frequentemente sobrecarregados. Na tentativa de administrar melhor o tempo e agilizar as tarefas, esses profissionais acabam, na maioria das vezes, realizando as tarefas mecanicamente sem proporcionar uma atenção humanizada e um momento de diálogo com pacientes e familiares (PREDEBON *et al.*, 2011).

De acordo com Vila e Rossi (2002), o paciente internado na UTI necessita de cuidados especiais, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física. No que diz respeito à equipe de enfermagem a essência dos seus cuidados, na terapia intensiva, não está nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente.

Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde que atuam na UTI, em especial os trabalhadores da enfermagem que ficam mais tempo em contato com os pacientes e familiares, sejam sensibilizados a respeito de um atendimento humanizado e que possam refletir sobre os processos de trabalho, a fim de mudar sua prática profissional, proporcionando um ambiente em que o paciente internado e o familiar se sintam acolhidos, e ambos possam expressar suas angústias, aflições e dúvidas. Esse acolhimento e olhar para o outro contribuem para o estabelecimento de vínculo e confiança no serviço. Em muitas UTIs já se observa a colocação de posters na entrada com foto de equipamentos que os familiares vão encontrar ao entrarem na unidade pela primeira vez.

Assim, para se discutir o atendimento humanizado na UTI faz-se necessário compreender o conceito de Humanização e conhecer as políticas do Ministério da Saúde que estabelecem as diretrizes para se organizar o processo de trabalho nas dimensões assistenciais e gerenciais nos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde define Humanização como um princípio ético e político, orientador da atenção e da gestão em saúde, que se baseia em diálogo e respeito ao outro (BRASIL, 2007). Por meio desse princípio busca-se fortalecer os processos de comunicação e potencializar as capacidades técnico-científicas por meio da criação de vínculos de

cooperação nas instituições de saúde, considerando aspectos singulares das subjetividades dos usuários e favorecendo uma participação ativa e crítica dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Para Malta e Nishide (2009), a Humanização não é uma técnica e sim um processo que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, proporcionando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares, que cada um se encontra no momento de sua internação.

Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, citada por Malta e Nishide (2009), humanizar a UTI é um processo complexo, abrangente e dinâmico que envolve um conjunto de agentes presentes na unidade e que interagem entre si, na busca por um objetivo específico: o bem-estar de todos. Em suma, o processo de humanização de uma unidade significa:

[...] cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Através dela os princípios humanitários do exercício da medicina pregados por Hipócrates, são revividos na união da ciência ao humanismo. É um conjunto de medidas que engloba o ambiente físico; o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. Estas intervenções visam, sobretudo tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um todo bio-psico-sócio-espiritual (MALTA; NISHIDE, 2009, p. 20).

Além do conceito de Humanização faz-se necessário também conhecer as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), que propõem ações com o objetivo de contribuir para a melhoria da gestão do cuidado. A Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003 está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e conta com equipes regionais de apoiadores, que se articulam às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2012).

A PNH possui uma política inclusiva e resolutiva, que preconiza inovações nas práticas gerenciais e de produção em saúde, com o propósito de permitir a compreensão crítica da produção em saúde para além de seus componentes tecnológicos e organizacionais, abrangendo suas dimensões político-filosóficas, as quais lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, foi implementado nos hospitais a partir de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que evidencia a necessidade de implementar projetos de humanização do atendimento à saúde e melhorias na qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhadores da saúde, pacientes e familiares, com vista a instituir uma modalidade nova na cultura do atendimento hospitalar, em que se incluam também as

Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL, 2001).

Tendo por base o princípio de humanização, merece destaque a visita durante o período de internação, principalmente, em uma UTI, pois a presença de familiares junto ao paciente é fundamental para garantir dignidade ao enfermo em um momento de extrema fragilidade.

É de conhecimento da maioria das pessoas, que em grande parte das UTIs a visita realizada pelo familiar ao paciente internado ocorre em horários pré-definidos. Sendo essa prática fundamentada em função do risco teórico de aumento do estresse fisiológico, do prejuízo à organização do cuidado ao doente crítico e da ameaça de complicações infecciosas ocasionadas pelo maior tempo de permanência dos familiares dentro desse setor. Porém, estudos recentes contradizem esse pensamento e ressaltam que a presença do familiar na UTI contribui para melhoria do estado de saúde do paciente e favorece sua recuperação (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017).

Nessa direção o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) é uma ação do Ministério da Saúde (MS) dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, que foi instituído pelo Decreto nº 2.536, de 7 de abril de 1998 (BRASIL, 2012). Dentre os objetivos a serem alcançados pelo Proadi-SUS merece destaque o “Projeto UTI visita”, que tem por finalidade estabelecer a visita ampliada nas UTIs, estendendo o horário da visita para 12 horas por dia (DECIT, 2011).

A visita aberta ou ampliada é uma proposta, que possui como objetivo a ampliação do acesso dos visitantes às unidades intensivas, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços de saúde, mantendo o projeto de vida do paciente. O direito de receber visita e de contar com um acompanhante são componentes essenciais para a concretização da clínica ampliada, com vistas a produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade (BRASIL, 2007).

Entre os profissionais de saúde que atuam na UTI, merece destaque o papel do enfermeiro como profissional responsável por favorecer um ambiente mais acolhedor e aconchegante para os familiares e pacientes. Historicamente esse profissional é o principal responsável pelo cuidado do paciente e presta uma assistência contínua durante toda internação, possuindo assim informações importantes sobre a situação de saúde do paciente (MALTA; NISHIDE, 2009). Além disso, por estar constantemente prestando cuidados, o enfermeiro é um profissional de mais fácil acesso aos familiares, sendo muitas das vezes o primeiro profissional a quem o familiar irá recorrer.

Porém, muitas vezes o trabalho do enfermeiro que atua na UTI está centrado no paciente, não abrangendo sua família nesse cuidado. Essa forma de trabalho valoriza as práticas rotineiras de assistência, e produtividade em detrimento ao cuidado humanizado. Com isso, o enfermeiro deixa de realizar um contato prévio com o familiar preparando-o para o primeiro contato com seu ente querido e esse distanciamento da equipe com a família, fragiliza a formação de vínculo e corrobora diretamente para um distanciamento da família com o paciente, que não consegue compreender o que está acontecendo e se sente mais vulnerável (REIS; GABARRA; MORE, 2016).

Observa-se também, que muitas vezes o contato da equipe com a família é dificultado por causa do momento de fragilidade emocional gerado pela internação no CTI, e falta de sensibilidade dos profissionais, que comprometem o diálogo da equipe com os familiares e os pacientes. A família muitas vezes não está preparada para ouvir determinadas informações e com isso “seleciona” o que é menos difícil de assimilar emocionalmente naquele momento, o que pode demandar a repetição das mesmas informações inúmeras vezes por parte da equipe (REIS; GABARRA; MORE, 2016).

Portanto, a humanização em uma UTI perpassa por acolher o paciente na sua totalidade, biopsicosocial, estabelecendo elos com a família permitindo a criação de uma relação terapêutica de confiança, que favoreça a reabilitação do doente. Esse momento da visita deve ser bem construído, a fim de sanar dúvidas, de esclarecer a função dos equipamentos, de explicar os procedimentos a serem adotados colaborando para a diminuição da ansiedade do familiar e do paciente internado. É um momento que o profissional de saúde deve agir com sensibilidade, possibilitando a escuta e diálogo.

4 PERSURSO METODOLÓGICO

Este estudo trata-se de uma metassíntese, método que permite uma integração de resultados de pesquisas qualitativas, possibilitando uma síntese do conhecimento produzido e identificação de lacunas para fundamentar melhor estudos científicos futuros.

A função da metassíntese do ponto de vista qualitativo visa: fortalecer o papel de estudos qualitativos nas pesquisas de ciências da saúde, melhorar a aplicabilidade dos resultados destas pesquisas na prática clínica e explorar um corpo de conhecimento qualitativo para fundamentar a teoria, a prática, a pesquisa, e as políticas de saúde (MATHEUS, 2009).

Francis-Baldesari (2006) apud Matheus (2009) elege duas etapas para a construção de uma metassíntese, conforme descritas abaixo:

identificar o interesse intelectual e qual o objetivo da pesquisa; (...) decidir o que é relevante aos interesses e, conseqüentemente, os critérios iniciais de inclusão dos estudos. Sendo necessária para isso, uma exaustiva coleta de dados pelo pesquisador (MATHEUS; 2009, p. 545).

Na primeira etapa foi identificado o objetivo principal de pesquisa, que é analisar os fatores facilitadores e dificultadores durante a visita hospitalar em UTIs adulto, a fim de compreender porque na prática, muitas instituições, ainda, possuem resistência à essa ampliação do horário de visita, apesar das políticas públicas estimularem a visita ampliada e de estudos científicos comprovarem seus benefícios. Na segunda etapa foram selecionados os aspectos mais importantes para essa pesquisa, o banco de dados, o idioma e os descritores, que seriam utilizados para produção desse estudo.

Utilizou-se como critério de inclusão, a disponibilidade dos artigos na integra, estudos qualitativos primários, nos idiomas inglês, português e espanhol, ano de publicação no período de 2001 a 2018, bem como pesquisas que tivessem como principal discussão a visita nas UTIs adulto. A delimitação de artigos publicados a partir de 2001 se deve ao fato dessa data ser o marco das políticas públicas brasileiras de incentivo a humanização e a visita hospitalar ampliada.

Como critérios de exclusão estabeleceu-se: pesquisas do tipo revisão bibliográfica e quantitativas, estudo em UTIs Pediátrica e Neonatal, textos indisponíveis na integra e artigos que não atendiam à temática dessa investigação.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações com resumos disponíveis no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram selecionadas as

seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Nessa pesquisa foram utilizados os descritores: visita a pacientes, Unidade de Terapia Intensiva e as palavras chaves: visita hospitalar e Centro de Terapia Intensiva, interligando-os com booleanos “OR” e “AND” conforme demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 1 – Descritores em saúde e definição

	Português	Espanhol	Inglês
Descritores	Visitas a Pacientes	Visitas a Pacientes	Visitors to Patients
Palavra-chave	Visita hospitalar		
Descritores	Unidades de Terapia Intensiva	Unidades de Cuidados Intensivos	Intensive Care Units
Palavra-chave	CTI UTI Centro de Terapia Intensiva		

Fonte: elaborado pela autora (2019)

Inicialmente foram catalogados 179 artigos. Foi realizada uma análise desses estudos utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão, sendo selecionados cinco artigos para esse estudo conforme evidenciado no quadro 2.

Quadro 2 – Trajetória da localização e seleção das publicações

	MEDLINE	LILACS	BDENF	TOTAL
Estudos	156	5	18	179
Estudos selecionados	2	2	1	5

Fonte: elaborado pela autora (2019)

Cada artigo foi identificado com um código criado pela pesquisadora que, após uma primeira leitura, elaborou um instrumento para coletar as seguintes informações: ano de publicação, base de dados, título e resumo (Apêndice 01).

Para a coleta de dados acerca da temática em estudo e a análise dos artigos selecionados foi elaborado outro instrumento (Apêndice 02) contendo os seguintes itens: código do artigo; fatores facilitadores e dificultadores da visita hospitalar na UTI; o tempo destinado a visita; se os profissionais realizavam algum tipo de orientação aos pacientes e familiares e quais eram essas orientações.

Por meio de uma análise descritiva dos artigos selecionados e subsidiada nas referências bibliográficas utilizadas realizou-se uma interpretação dos resultados encontrados, identificando lacunas existentes e sugerindo novos tipos de estudo sobre o assunto.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por cinco artigos, sendo que todos tiveram como autoria principal o profissional enfermeiro. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2006 a 2014. Desses estudos, dois apresentam-se no idioma inglês e três no idioma português e foram publicados nos seguintes periódicos: American Journal of Critical Care, Revista Gaúcha de Enfermagem, Intensive and Critical Care Nursing, Arquivo Ciência Saúde e Revista Brasileira de Enfermagem, conforme demonstra o quadro 3.

Quadro 3 – Características das publicações que compõem a amostra

ESTUDO	TÍTULO DO ARTIGO	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	BASE DE DADO	IDIOMA
X44	Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses	2014	American Journal Of Critical Care	Medline	Inglês
X 111	Familiars na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados	2011	Revista Gaúcha de Enfermagem	Lilacs	Português
X 143	The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study	2009	Intensive And critical Care Nursing	Medline	Inglês
X155	Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento	2007	Arquivo Ciência Saúde	Lilacs	Português
X165	Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos	2006	Revista Brasileira de Enfermagem	BDENF	Português

Fonte: elaborado pela autora (2019)

Após seleção dos estudos científicos foi destacado o tempo de visita em cada estudo, os facilitadores e dificultadores da visita hospitalar, e a orientação realizada em cada instituição, conforme demonstrado no quadro 4.

Quadro 4 – Síntese dos estudos selecionados

Código	Tempo de Visita	Facilitadores da visita	Dificultadores da visita	Orientação realizada
X44	30 minutos 4x ao dia	Preocupação Compaixão proximidade e flexibilidade dos profissionais médicos e enfermeiros comunicação	Visita interrompida para realização de procedimentos Visita com horário pré- estabelecido Crenças prévias Comunicação	Estado de saúde do paciente Horário de visita Impedimento de visita Cuidados de enfermagem
X111	Manhã: 30 minutos Tarde: 30 minutos	Sentimento de solidariedade entre familiares	Vínculo família/enfermagem frágil interrupção do convívio contínuo desconsideração dos sentimentos prévios do familiar em relação ao CTI pela equipe	Horário de visita Atraso na liberação de visita Esclarecimento de dúvidas
X143	11h às 19h	Apoio da família Maior número de visita Paciente mais tranquilo nos momentos de alucinações	Pouca informação Dificuldade em comunicar e se expressar (estranhamento do ambiente) Estresse causado pela família ao ver o paciente	A respeito da doença A respeito do tratamento
X155	1 hora	Suporte emocional para o paciente	Horário de visita limitado Famíliares temem o CTI Comunicação escassa, principalmente, com os enfermeiros.	Sobre a UTI Estado de Saúde do paciente Duração da Visita

X165	Não informado	Boa recepção pela equipe de enfermagem	Fragilidade do visitante	Horário de visita
		Sensibilidade da equipe	Desestruturação e mudança do cotidiano	Esclarece dúvidas
			Sentimentos prévios em relação ao CTI	Cuidado realizado
			Comunicação escassa	Situação de saúde do paciente
			Horário de visita interrompido para procedimentos	
			Desconhecimento e falta de orientação sobre os dispositivos utilizados pelo paciente.	

Fonte: elaborado pela autora (2019)

O estudo X44 foi realizado nos Estados Unidos na região do Alabama, a partir de grupos focais com familiares dos pacientes internados, enfermeiros e médicos de cinco UTIs de um hospital. Foi utilizado como critério para participação no grupo focal, familiares de pacientes internados na UTI há mais de 72 horas, que possuem 18 anos ou mais e que visitaram o paciente no mínimo duas vezes.

Os setores de tratamento intensivos que participaram da pesquisa possuem as seguintes especialidades: trauma, cirurgia cardiorádica, cirurgia, clínica médica e neurocirurgia, sendo que cada uma dessas UTIs possui de 20 a 28 leitos e todas unidades adotam a política de visita para até duas pessoas, com duração de 30 minutos, quatro vezes ao dia.

Destaca-se que durante o estudo observou-se que médicos são desfavoráveis a visita com horário ampliado e as enfermeiras que participaram do estudo dividem-se em dois grupos: as favoráveis a ampliação do horário e as desfavoráveis a essa prática.

Nesse estudo, os médicos e as enfermeiras foram os profissionais responsáveis pela realização de orientação ao acompanhante e familiar do paciente internado. E observou-se que os acompanhantes eram pessoas de vínculo mais próximo ao paciente, sendo todos do sexo feminino e com idade igual ou superior a dezoito anos.

O estudo X111 foi realizado com familiares de pacientes internados na UTI geral de um hospital público de grande porte, na região Oeste de Santa Catarina, Brasil. Participaram

do estudo 18 familiares, sendo essa amostra determinada a partir da saturação dos dados coletados.

Os critérios para inclusão foram: familiares de pacientes internados na UTI no mínimo por 48 horas, com idade igual ou superior a 18 anos, que tenha realizado visitas com frequência. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas.

Neste estudo, o enfermeiro destacou-se como profissional que realiza orientações à família e pacientes, e a maioria dos acompanhantes era pessoas de vínculo próximo à família, com predomínio de acompanhantes do sexo feminino.

O estudo X143 foi realizado em um Hospital Universitário da Noruega com 12 leitos de UTI e horário de visita de 11 horas até às 19 horas. A amostra foi composta por 11 pacientes, sendo quatro mulheres e sete homens, com idade entre 19 e 69 anos. A coleta de dados ocorreu nas enfermarias, após três a 14 dias de alta da UTI, sendo utilizado nessa coleta de dados perguntas abertas, a partir de entrevistas semiestruturadas. Os critérios para participar da pesquisa foram: pacientes com idade entre 18 e 70 anos, ter utilizado sedação durante internação na UTI e uso de ventilação mecânica por no mínimo 24 horas.

Os pacientes que participaram da pesquisa relataram que preferiam visita de pessoas mais próximas e que muitas vezes a visita de alguém que não tinha tanto contato aumentava o estresse causado pela internação. Também foi ressaltado na coleta de dados que a presença do familiar ajudou aqueles que apresentaram alucinação durante internação. O enfermeiro destacou-se como profissional responsável pela orientação realizada ao acompanhante e familiar.

O estudo X155 foi realizado na UTI de um hospital ensino do noroeste paulista, com 22 leitos, sendo 12 leitos de clínica médica e oito leitos cirúrgicos. A coleta de dados foi realizada durante um período de três meses, por meio de questionário com perguntas fechadas e abertas. Participaram do estudo 41 familiares de pacientes internados, sendo 14 homens e 27 mulheres.

Foi destacado nesse estudo, que o enfermeiro não foi reconhecido pelo familiar como um profissional que realiza orientações a respeito da UTI, destacando-se nessa categoria o profissional médico e o assistente social.

As informações transmitidas pelo enfermeiro ainda são escassas e muitos familiares não souberam informar quem era o enfermeiro no setor. Os acompanhantes evidenciam que sentem falta de orientações a respeito do cuidado do familiar em casa após alta hospitalar, de liberação para acompanhamento religioso durante internação e da presença do profissional da

unidade beira leito no período destinado ao horário de visita, a fim de informar o familiar sobre a situação de saúde do paciente e esclarecer dúvidas. Ressalta-se que a maioria dos acompanhantes era do sexo feminino e com 18 anos ou mais.

O estudo X165 foi realizado em um hospital universitário no Rio de Janeiro e participaram da pesquisa 12 visitantes de pacientes internados na UTI. O horário destinado à visita não foi especificado, porém fica subentendido que é um horário pré-estabelecido e reduzido. Também não é informado de maneira específica o grau de parentesco de quem visita o paciente.

Ressalta-se nesse estudo, que o acompanhante normalmente é uma pessoa com vínculo mais próximo e que o mal-estar e tristeza dos visitantes são maiores que os sentimentos do próprio paciente, sendo necessário, diante dessa fragilidade, um cuidado humano pelos profissionais de saúde com os familiares. Também é identificado que a maneira como os familiares são recebidos pela equipe de enfermagem irá interferir na confiança ou não que esses têm em relação ao trabalho realizado pela equipe do hospital. O estudo mostra que quando “bem recebidos”, os familiares sentem-se mais confiantes com o que está sendo realizado no ente querido.

Um dos pontos positivos evidenciado por esse estudo é que a equipe de enfermagem vem cada vez mais reconhecendo os visitantes como pessoas que necessitam de cuidado, porém, o cuidado dispensado a eles apresenta-se ambíguo na medida em que o valor dominante é uma assistência fragmentada e técnica, sendo necessário reforçar a importância da humanização neste cuidado.

6 DISCUSSÃO

Apesar das políticas públicas incentivarem a humanização nos hospitais e as evidências científicas comprovarem os benefícios da visita ampliada o que se observou, após análise dos estudos selecionados nessa pesquisa, foi a permanência de uma cultura que, ainda, restringe o horário de visita. Essa prática é uma realidade mundial, entretanto, os artigos demonstraram que o Brasil praticou os horários mais restritos de visita, possuindo maior inflexibilidade com relação a esse período quando comparado aos outros países.

A restrição no horário de visita foi justificada, na maioria das vezes, pelo aumento da taxa de infecção provocado pela presença do familiar beira leito e a sobrecarga dos profissionais de saúde.

No Hospital Moinhos de Vento, localizado no Bairro Moinhos dos Ventos em Porto Alegre, após implementar o projeto UTI visitas, têm indicadores que comprova que não houve aumento nas taxas de infecção adquirida na UTI, fato esse que comprova os benefícios da visita ampliada e demonstra que a presença do familiar beira leito não aumenta essas taxas na unidade. Somado a isso observou-se uma redução de 50% na ocorrência de *delirium* e redução de um dia no tempo mediano de internação na UTI (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017). Além disso, a redução do tempo de internação em unidades intensivas demonstra uma redução no gasto hospitalar, sendo uma medida econômica importante.

O projeto UTI visitas foi uma iniciativa do Governo Federal, que objetivou humanizar o atendimento ao paciente crítico e sua família, ampliando o tempo de permanência do familiar nas unidades intensivas. Foi criado com o objetivo de atender o paciente não somente na sua enfermidade, mas como um sujeito com necessidades bio-psico-socio-espiritual (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO, 2017). Esse projeto ainda é recente no Brasil e reforça as práticas de humanização preconizadas pelo PNHAH, porém grande parte dos hospitais ainda adota um modelo conservador de visita, retrógrado as políticas de humanização.

Em relação ao acompanhante que visita o paciente internado na UTI notou-se um consenso em todos os estudos, evidenciando que normalmente o visitante costuma ser uma pessoa mais próxima, do sexo feminino, sendo na sua maioria esposa e filhas. Esse fator destaca o papel da mulher no cuidado aos enfermos.

Guedes e Daros ressaltam que:

no senso moral construído na sociabilidade burguesa, as atividades que derivam do ato de cuidar tendem a ser atribuídas às mulheres e naturalizadas de forma a

aparecerem como exclusivas e constitutivas da condição feminina. Ancorado neste senso moral, valores como altruísmo e atribuições como a maternagem presentificam-se no cotidiano das mulheres, sobre a forma de dupla jornada de trabalho (GUEDES; DAROS, 2009, p. 124).

Ainda que na maioria das vezes haja uma relação maternal entre os pacientes internados e os seus acompanhantes, na sua maioria mulheres, os sentimentos e o acolhimento da família devem ser considerados por toda equipe, pois o profissional de saúde não deve apenas acolher o enfermo, mas toda a rede de apoio desse paciente. Essa conduta proporciona um momento de compartilhamento de responsabilidades e um cuidado humanizado, que valorize o paciente como um ser humano que possui necessidades além das biológicas (FRIZON; NASCIMENTO; BERTONCELLO, 2012).

Nesta perspectiva, a prática da humanização que é algo intrínseco do ser humano, deve ser reforçada e os profissionais sensibilizados a respeito de sua importância, caso contrário o profissional de saúde tende a realizar suas atribuições de maneira mecânica e preconizar os procedimentos (BRASIL, 2001).

Nos estudos analisados observou-se que os sentimentos negativos dos familiares em relação a UTI, como “lugar para morrer”, aumentam a fragilidade e ansiedade do familiar antes mesmo de realizar contato com qualquer profissional na unidade. Esse sentimento contribui para insegurança e dificulta o diálogo com os profissionais de saúde exigindo uma maior sensibilidade desses profissionais ao realizar qualquer abordagem com os familiares.

Neste sentido, um dos principais fatores dificultadores da visita hospitalar em UTI, identificado nos estudos científicos selecionados, diz respeito ao horário de visita, que ocorre de maneira pontual com período reduzido e inflexível. Além do horário escasso, esse momento é interrompido com frequência para realização de procedimentos, o que compromete a interação do familiar com o paciente e com o profissional de saúde.

Outro fator destacado foi a comunicação que apareceu, em todos os estudos selecionados, como um instrumento falho nas organizações de saúde. Muitas vezes as informações são escassas, e em alguns momentos as informações são divergentes, o que compromete a confiança no serviço prestado. Além disso, as informações que foram fornecidas sem algum sinal de empatia, não transmitiram confiabilidade para o familiar.

Os visitantes sentem-se intimidados e temerosos com a possibilidade de perder seu ente querido, o que compromete a comunicação desses com os profissionais, que muitas vezes ao priorizar o trabalho mecânico, não incluem o acompanhante na sua rede de cuidado. Com isso, observa-se que o modelo biotecnológico, enfatizando procedimentos e rotinas adotadas na UTI durante o horário de visita estão enraizados no dia a dia dos profissionais de saúde,

prejudicando a interação do familiar com o paciente e evidenciando uma necessidade de mudança, que vai além do cuidado técnico e transcende para um cuidado sensível (SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006).

Nos estudos selecionados foram destacados como fatores facilitadores da visita hospitalar a possibilidade de maior aproximação com o paciente e o esclarecimento de dúvidas, aumentando a confiança dos familiares na equipe. A empatia dos profissionais foi outro aspecto importante para os familiares, pois os ajudaram a vivenciar esse momento de fragilidade. Ressalta-se ainda, que esse sentimento de aproximação do profissional com o familiar foi evidenciado com mais frequência nos hospitais que adotaram um horário de visita um pouco mais extenso ou foram flexíveis.

Os familiares acreditam, que o compartilhamento de informação sobre o estado de saúde do paciente é muito importante e essencial, pois permite uma inserção do acompanhante e do próprio paciente no cuidado. Acreditam, ainda, que são as pessoas mais adequadas, com maior número de informação, para prestarem esclarecimentos a respeito do paciente aos profissionais de saúde. A empatia, disponibilidade e acessibilidade dos profissionais foram fatores que facilitaram e auxiliaram na comunicação, aproximando o profissional de saúde da família e auxiliando na inserção do acompanhante como um dos agentes do cuidado (RILLEY; JOSEPH; GRAHAM, 2014).

O enfermeiro foi citado em todos os estudos como o profissional que mais realizou orientação à família e ao paciente. Dessa maneira, foi reforçada a importância desse profissional, e sua referência nas organizações de saúde como um mediador dessas relações familiares. Devido ao fato dessa profissão estar ligada diretamente ao cuidado, esse profissional desempenha um papel privilegiado no momento de fornecer as informações necessárias. Porém, muitas vezes esse papel de informar a família cede espaço para outras atividades assistenciais, comprometendo a comunicação e a criação de vínculo com o familiar.

A rotina que envolve a UTI, onde algumas decisões e procedimentos são executados rapidamente, faz com que a equipe de enfermagem, se sinta sobrecarregada e muitas vezes esqueça de ouvir, tocar e conversar com o paciente, priorizando assim os procedimentos em detrimento de um acolhimento mais humanizado. Dessa maneira, as orientações feitas pelo enfermeiro ainda são escassas e esse profissional sente dificuldade em cumprir sua obrigação legal de informar os familiares de maneira esclarecedora e acolhedora, atuando como mediador na relação entre paciente e família estabelecida na Unidade de Terapia Intensiva (BECCARIA et al., 2008).

Diante dos dados encontrados neste estudo observa-se uma necessidade de mudança na postura dos profissionais, que na sua grande maioria, priorizam as rotinas em detrimento das práticas acolhedoras. O acolhimento humanizado deve abranger não apenas o paciente, mas a família permitindo a criação de vínculo e confiança. Para estabelecer esse laço é necessário a quebra de paradigmas referentes a UTI, e a realização de uma escuta acolhedora e esclarecedora permitindo com isso a análise da necessidade de cada paciente na sua individualidade, adotando práticas mais flexíveis de visita com o objetivo de atender as necessidades do paciente e seu familiar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de visita nas unidades intensivas adultas ainda é pautada em horários pré-definidos e na grande parte inflexíveis, apesar das políticas públicas incentivarem a visita ampliada. Essa prática de horários pontuais de visitas ressalta não apenas a importância de fortalecer políticas públicas a respeito dessa temática, mais de sensibilizar equipe de profissionais e gestores de saúde sobre a importância e benefícios da visita com horários flexíveis. A extensão do período destinado a visitas nas UTIs está comprovadamente relacionada à diminuição na taxa de *delirium* e tempo médio de internação, sendo necessário reformular práticas brasileiras de horário de visitas reduzidos.

Essa metassíntese apontou que é necessário prestar cuidados não somente ao paciente, mas à sua rede social de apoio. Sendo assim, a visita não deve ser vista como uma rotina do serviço, e sim como um momento importante para recuperação do paciente, esclarecimentos de dúvidas tanto do paciente quanto do familiar e oportunidade de criação de vínculos. Em um século que valoriza tecnologias inovadoras e procedimentos é preciso refletir a prática assistencial e olhar o paciente e sua família como seres humanos com necessidades bio-psico-sócio-espiritual.

Nesse atendimento mais humanizado, o enfermeiro merece destaque, pois possui papel essencial no cuidado ao paciente e na formação de vínculo com a sua família. Esse profissional, devido ao fato de realizar uma assistência contínua ao paciente detém muitas informações a respeito do enfermo, sendo uma referência no acolhimento dessa família fragilizada.

Dessa maneira, é necessário reforçar nas organizações de saúde a importância de profissionais da enfermagem que se sensibilizem com a situação de saúde do paciente e que realize suas atividades, prezando pela humanização dos envolvidos, valorizando uma comunicação e acolhimento do paciente e familiar de maneira mais efetiva e confortável.

Ressalta-se que a maioria dos estudos, que exploram os aspectos envolvidos na visita aos pacientes internados em UTI, foi realizada sobre a perspectiva do ambiente pediátrico, o que mostra a importância de um olhar mais minucioso para as Unidades de Terapia Intensiva Adulta e a realização de estudos futuros que englobe esses setores dos hospitais.

O principal dificultador para realização desse estudo, foi o número reduzido de publicações que abordassem a temática da visita hospitalar no ambiente do CTI adulto. Porém apesar desse dificultador foi possível alcançar os objetivos propostos nesse estudo.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Fátima Maria da Silva et al. Sentimentos do paciente durante a permanência em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE** on line. Recife, v.8, n.3, p.523-29, mar. 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/polie/Downloads/9706-17906-1-PB.pdf> Acesso em: 12 dez. 2018.

ALMEIDA, Andreza Santos et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.6, p. 62-66, p. 844-849, nov-dez. 2009. Disponível em : < www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.htm> Acesso em: 10 de mai.2018.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. **UTI VISITAS- A visita familiar ampliada gerando benefícios para a recuperação de pacientes**. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento. ABRHRS, 2017. Disponível em: <http://www.advb.com.br/topdemarketing/cases2017/hmv.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BECCARIA, Lúcia M; RIBEIRO, Roberta; SOUZA, Giovanna I. et al. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.2, p. 65-69, abr/jun. 2008. Disponível em: < http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf> Acesso em:18 mar.2019.

BRASIL. **Política Estadual de Humanização- PEH**. São Paulo: HumanizaSE, jul. 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf>. Acessado em: 05 mai. 2018.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Resolução Cofen n. 293/2004**. Parecer nº 07/2016/CTLN/COFEN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072016ctlncofen_45800.html>. Acesso em: 03 jun. 2018.

BRASIL. **Resolução Cofen n. 311/2007**. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Dispõem sobre as principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo, COREN, 2007/2008, p. 21-33.

BRASIL. **Visita aberta e direito ao acompanhante**. Ministério da Saúde, Brasília,DF, 2007. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf>.Acesso em: 04 jun 2018.

DECIT. Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Informe Técnico Institucional.

Rev Saúde Pública, v.45, n.4, p. 808-811, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/ITdecit.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FRIZON, Gloriana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Katia Cilene Godinho. Necessidades dos familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 683-689, dez. 2012 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2018.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michele Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv soc rev.**, LONDRINA, v. 12, n. 1, p. 122-134, jul/dez, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

MALTA, Mônica Alexandre; NISHIDE, Vera Médice. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Retrospectiva Histórica. Set. 2009. Disponível em: <[www.hospvirt.org.br /enfermagem/port/uti-retrosp.htm](http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-retrosp.htm)> Acesso em: 10 mai. 2018.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Metassintese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(Especial-Nefrologia):543-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/19.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PREDEBON, Greice Roberta et al. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.4, p.705-712, 2011.

REIS, Larissa Cabral Crespi; GABARRA, Letícia Macedo; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815-828, set. 2016 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2018.

RILLEY, Bettina H; JOSEPH, Branco de; GRAHAM, Shannom. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. **Am J Crit Care**, v.23, n.4, p.316-324, jul. 2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24986172>>. Acesso em: 07 dez 2018.

SOUZA, Sônia Regina de Oliveira e Silva de; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida. Visita na UTI: um encontro de desconhecidos. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.5, p.609-613, set-out. 2006.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lúcia Aparecida. O significado cultural do

cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], vol.10, n.2, pp.137-144. ISSN 1518-8345, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000200003&lng=pt&nrm=isso> Acesso em: 10 mai. 2018.

Apêndice 01: Instrumento para categorização dos estudos

Código do estudo	Ano de publicação	Base de dados	Título	Resumo
X	X	MEDLINE LILACS BDENF		

Fonte: elaborado pela autora (2019)

Apêndice 02: Instrumento para coleta de dados das publicações que compõem a amostra

Código do Estudo	Tempo da Visita	Facilitadores da Visita	Dificultadores da Visita	Orientação realizada
X				

Fonte: elaborado pela autora (2019)