

Concepções de profissionais de saúde que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto sobre a visita aberta e o direito a acompanhante

Conceptions of health professionals who work in adult Intensive Care Unit (ICU) about open visits and the right to a companion

Concepciones de los profesionales de la salud que actúan en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos sobre la visita abierta y el derecho a un acompañante

Recebido: 23/08/2024 | Revisado: 05/09/2024 | Aceitado: 06/09/2024 | Publicado: 12/09/2024

Thamile Maia Sampaio Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0830-3124>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: thamile.mslopes@hotmail.com

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4964-3050>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: mesquita.vilara@uesb.edu.br

Daniela Márcia Neri Sampaio

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4195-1772>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: daniela.neri@uesb.edu.br

Juciara Maria Oliveira Cunha

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3879-0179>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
E-mail: jmocunha@uesb.edu.br

Resumo

Objetivo: analisar a concepção dos profissionais de saúde que atuam em UTI adulto sobre a visita aberta a luz da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Metodologia: estudo qualitativo, exploratório e descritivo, operacionalizado através da técnica de amostragem snowball e de entrevista semiestruturada, conforme traz Minayo. Foram entrevistados 13 profissionais de saúde atuantes em UTI adulto de um município baiano. Resultados e discussão: Através da análise das concepções dos profissionais evidenciou-se questões relevantes sobre a temática, como a percepção por parte dos profissionais da presença da família na UTI, o papel desta no tratamento do paciente, limites para implementação da proposta da UTI, bem como, a relação equipe-família. Considerações finais: Foi percebido que o conhecimento e a compreensão sobre a proposta da PNH ainda é algo distante da realidade de atuação profissional em UTI, parte disso se deve a dificultadores como, por exemplo, a falta de infraestrutura dos hospitais que contribui para a manutenção de práticas cristalizadas de cuidado em saúde, entre outros fatores. Assim, percebe-se a necessidade de mudança nos processos de produção de saúde de modo que estejam consonantes com os conceitos de clínica ampliada e ambiência da PNH, promovendo desconstrução de verticalidades nos processos de trabalho e gerando maior autonomia dos usuários e controle social no SUS.

Palavras-chave: Humanização; Visita; Acompanhante; Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Abstract

Objective: To analyze the perceptions of healthcare professionals working in adult ICU regarding open visiting in light of the National Policy on Humanization (PNH) of the SUS. Methodology: A qualitative, exploratory, and descriptive study, operationalized through snowball sampling and semi-structured interviews, as described by Minayo. Thirteen healthcare professionals working in adult ICU in a municipality in Bahia were interviewed. Results and Discussion: Analysis of the professionals' perceptions revealed significant issues on the topic, such as the professionals' views on the presence of family in the ICU, the role of family in patient treatment, limits to implementing the ICU proposal, and the team-family relationship. Final Considerations: It was observed that knowledge and understanding of the PNH proposal are still distant from the reality of professional practice in ICU. Part of this is due to barriers such as lack of hospital infrastructure, which contributes to the maintenance of entrenched health care practices, among other factors. Therefore, there is a need to change health production processes to align with the concepts of expanded clinic and PNH's environment, promoting the deconstruction of verticalities in work processes and generating greater user autonomy and social control within the SUS.

Keywords: Humanization; Visit; Accompanying; Adult Intensive Care Unit.

Resumen

Objetivo: Analizar la concepción de los profesionales de la salud que trabajan en la UCI de adultos sobre la visita abierta a la luz de la Política Nacional de Humanización (PNH) del SUS. **Metodología:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, operado a través de la técnica de muestreo en cadena y entrevistas semiestructuradas, según Minayo. Se entrevistaron 13 profesionales de la salud que trabajan en la UCI de adultos de un municipio baiano. **Resultados y Discusión:** A través del análisis de las concepciones de los profesionales se evidenciaron cuestiones relevantes sobre la temática, como la percepción por parte de los profesionales sobre la presencia de la familia en la UCI, el papel de esta en el tratamiento del paciente, los límites para la implementación de la propuesta de la UCI, así como la relación equipo-familia. **Consideraciones Finales:** Se percibió que el conocimiento y la comprensión sobre la propuesta de la PNH aún están distantes de la realidad de la práctica profesional en la UCI. Parte de esto se debe a factores que dificultan, como la falta de infraestructura en los hospitales, lo que contribuye al mantenimiento de prácticas consolidadas de cuidado en salud, entre otros factores. Por lo tanto, se percibe la necesidad de cambiar los procesos de producción de salud para que estén en consonancia con los conceptos de clínica ampliada y ambiente de la PNH, promoviendo la desconstrucción de las verticalidades en los procesos de trabajo y generando mayor autonomía de los usuarios y control social en el SUS.

Palabras clave: Humanización; Visita; Acompañante; Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.

1. Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de proporcionar mudanças no gerir e cuidar dentro dos serviços de saúde e combater práticas desumanizadoras, de acordo com os conceitos do SUS (Brasil, 2013), já em seu nome nos sinaliza algo: é preciso humanizar o cuidado com o outro, cuidado este que se dá nas relações humanas. A PNH traz para a reflexão o fazer em saúde, incluindo trabalhadores, usuários e gestores que fazem parte desse contexto enquanto recursos para produção de saúde.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ambiente hospitalar de alta complexidade para oferecer suporte vital a pacientes graves, o cuidado é marcado pela presença da tecnologia, permeando a relação profissional-paciente e, por vezes, automatizando-a. Além da existência da tecnologia com monitores, máquinas e procedimentos invasivos, outros aspectos configuram uma UTI, como um ambiente fechado e de acesso restrito com políticas fechadas de visitação.

Em contrapartida, a PNH traz como proposta a visita aberta e direito a acompanhante, partindo dos conceitos de clínica ampliada e ambiência. Assim, objetiva-se retomar o lugar da família enquanto parte protagonista dentro do processo de saúde-doença do paciente, reforçando o elo entre o paciente e sua rede de apoio, ao passo que busca dirimir a despersonalização que acompanha o processo de hospitalização, repensar as relações de poder dentro dos ambientes hospitalares e compreender este espaço enquanto social, devendo assim facilitar relações interpessoais acolhedoras e resolutivas, possibilitando o encontro de subjetividades e o respeito a estas (Brasil, 2007).

No contexto de UTI adulto, os profissionais de saúde atuam no formato de equipe multiprofissional e, enquanto atores do SUS fazem parte da produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho nos serviços de saúde. Assim, muitas vezes recai sobre estes a discussão e a resolução de situações envolvendo a liberação de visitas, bem como, a participação na formulação de Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre as visitas familiares. Portanto, conhecer e analisar as concepções dos profissionais de saúde que atuam em UTI sobre a visita aberta e o direito a acompanhante faz-se importante para o fortalecimento da Política Nacional de Humanização uma vez que o conhecimento gerado por este estudo pode lançar luz sobre a questão contribuindo para o processo de produção de saúde conforme preconiza o SUS.

Desse modo, traz-se como questão norteadora: qual o entendimento dos profissionais de saúde que atuam em UTI adulto sobre a visita aberta e direito a acompanhante, no contexto da humanização em saúde? Assim se configura o objetivo geral deste estudo, analisar a concepção destes profissionais sobre a temática em questão à luz da Política Nacional de Humanização do SUS. Para tanto, outros objetivos se desenham, a saber: conhecer a PNH no que concerne à visita aberta e o direito a acompanhante em UTI adulto; descrever as concepções dos profissionais sobre a temática; identificar como vem sendo implementada a política de visitação aberta e o direito a acompanhante em UTI adulto no âmbito o SUS.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Essa escolha se justificou por este ser um método que se aplica ao estudo da história, das relações e percepções, produtos das interpretações que surgem a partir das vivências humanas em suas interações com o mundo. Assim, a metodologia qualitativa atende a investigações de grupos e 13 segmentos delimitados, de histórias sociais sob a ótica de atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (Minayo, 2014). Dessa forma, fez-se coerente a escolha pela abordagem qualitativa quando pretendeu-se investigar o grupo desse estudo, a lembrar, o de profissionais de saúde que atuam em UTI adulto, e conhecer suas concepções, ou seja, suas histórias sociais e de relações enquanto atores do SUS, sobre o problema em questão que é o disposto da PNH sobre a visita aberta e o direito a acompanhante.

Para tanto, foi utilizada a técnica de amostragem Snowball (bola de neve), a qual se utiliza de redes de referência, sendo uma forma de amostra não probabilística e apropriada para pesquisas de cunho qualitativo, permitindo que se alcancem populações de difícil acesso ou pouco conhecidas. Dessa forma, essa rede de referência se forma a partir de sementes, que foram os participantes iniciais, os quais indicaram novos participantes e esses, por sua vez, repetiram o mesmo processo, constituindo assim uma bola de neve de participantes (Bockorni; Gomes, 2021).

A pesquisa foi realizada em um município do interior da Bahia com população de aproximadamente 159 mil habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2022, que possui um total de 39 leitos de UTI Adulto Tipo II na rede pública de saúde, distribuídos em duas Unidades Hospitalares, sendo 10 leitos em uma e 29 em outra, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Desse modo, contou com 13 participantes que compõem equipe multiprofissional de UTI adulto da rede pública, a saber: 7 enfermeiros, 1 técnica de enfermagem, 2 fisioterapeutas e 3 psicólogas, que serão aqui chamados por nomes fictícios de flores para preservação do cuidado com o sigilo desta pesquisa.

Para operacionalização da coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada constituída por um roteiro de perguntas composto por tópicos considerados essenciais e suficientes para atingir os objetivos do estudo garantindo a flexibilidade na comunicação pesquisadora-entrevistado(a). Posteriormente, para análise de dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (2016).

Por fim, por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram atendidos os aspectos éticos da pesquisa, obedecendo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo esta pesquisa sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, e aprovada conforme Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 76279223.8.0000.0055.

3. Resultados e Discussão

Percepção dos profissionais sobre a presença da família na UTI

Há a crença, entre os profissionais de saúde, de que a presença da família do paciente se configura como um dificultador do desenvolver da assistência que deve ser prestada ao paciente, além de representar um aumento na carga de atividades da equipe pela necessidade de mudanças nas rotinas de cuidado (Ferreira et al., 2013; Ramos et al., 2014; Eugenio, Filho, Souza, 2017; Brasil, 2007; Cabrera, Cunha, 2014; Goularte, Gabarra, 2020), como pode ser observado na fala da enfermeira Violeta: “Então, é uma demanda que, entre muitas aspas, não deveria, mas atrapalha a rotina. Ele atrasa o processo do... Nem do cuidar, né? O processo de tratamento”. Do mesmo modo, a técnica de enfermagem Bromélia traz: “Às vezes, eles interferem muito. A gente [...] tem horário pra tudo. Horário pra alimentação, horário pra mudança de decúbito, horário até pra certas medicações. E, às vezes, eles chegam e acabam atrapalhando um pouco.”

Ademais, a presença da família pode gerar desconforto e estresse para os profissionais da equipe, conforme apresentou estudo feito por Goularte, Gabarra e Moré (2020), constatando que os profissionais da equipe de saúde percebem que as políticas abertas de visita são benéficas especialmente para os pacientes, mas nem tanto para a família ou para equipe, que não se sente à vontade para realizar alguns procedimentos na presença do familiar, percebendo a necessidade de mudanças na rotina de cuidado. Ainda sobre essa percepção, a enfermeira Dália expressa: “é realmente um direito, mas 14 olhando por outro ponto, não vejo como forma [...] olhando pra equipe também, como forma de ajuda, porque na maior parte das vezes o familiar acaba realmente atrapalhando as condutas e a assistência para o paciente”

O aumento do estresse também é trazido pelos profissionais como possível de ser vivenciado pela própria família em decorrência de uma política de visita aberta por poderem sentir-se obrigados a estarem na UTI (Ramos et al., 2014), o que poderia ocasionar uma exaustão física e mental nos familiares (Ferreira, Estevam, Guimarães, 2013). Sobre isso, Bromélia trouxe:

eu sou contra a visita aberta e o acompanhante [...] não só pelo paciente, mas pelo acompanhante que, às vezes, pode desencadear alguma patologia. [...] uma pessoa que está ali, que nunca viu uma parada, nunca viu um óbito, uma pessoa sendo intubada [...] você acaba assistindo tudo [...] então eu acho que uma pessoa que está ali, lúcida e orientada e acaba vendo essa cena por diversos dias, acho que isso se for uma pessoa que tem uma fragilidade mental [...] uma pessoa que já pode ter tido alguns transtornos, ela pode desencadear algumas coisas. (Ent. Bromélia)

Já o enfermeiro Lírio acredita que em casos que o paciente está sedado, a visita pode ter um impacto negativo no familiar. Assim, ele traz: “nos casos dos pacientes que estão sob coma induzido, tá ali num nível de criticidade muito elevado, eu acho que, nesses casos, a família ficar perto por muito tempo, eu acho que a família acaba sofrendo.” Por outro lado, estudos apontam ainda que, a ansiedade de ter que deixar o paciente só, a estrutura e o funcionamento da UTI e as normas institucionais, incluindo a restrição à permanência da família ao lado dos pacientes, pode agravar sentimentos de angústia, raiva e revolta, que contribuem para gerar uma desestabilização emocional na família (Cabrera, Cunha, 2014; Ferreira, Estevam, Guimarães, 2013). Nesse sentido, a psicóloga Orquídea traz uma percepção que contrasta com a de Lírio ao discorrer que

em relação a família ter acesso ao paciente, eu não consigo ver algo negativo. Até quando você pensa assim “poxa, mas o paciente tá entubado”, o paciente tá visivelmente, vamos dar exemplo [...] já peguei um caminhoneiro todo queimado, [...] inchado, feio. E você pode pensar assim, “poxa, mas a família vai ver isso?” Eu acho importante ver. Ainda o quê? Que a gente sofre, a gente sinta [...] Mas aquilo prepara a família para uma possibilidade de óbito e ter um óbito, inclusive, muito mais saudável. Porque acompanhou, porque pôde. (Ent. Orquídea)

Assim, evidencia-se a necessidade de um espaço de escuta e cuidado que se estenda à família, percebendo os impactos do processo da internação do seu familiar em UTI e oferecendo assistência durante esse momento de crise na dinâmica familiar. Vale ainda destacar que, muitas vezes, o olhar sobre o sofrimento da família é negligenciado na medida em que esse sofrimento não é legitimado por se esperar da família a função de uma fonte inabalável de apoio ao paciente, esquecendo-se que esta também sofre. Logo, é importante ressaltar que diante do agravamento do quadro do paciente, quando a inevitabilidade da morte é anunciada, ou ainda em casos de pacientes em cuidados paliativos, a presença da família no processo de adoecimento e internação do paciente favorece a elaboração do luto antecipatório, o que pode contribuir na prevenção da elaboração de um luto complicado ou patológico, tanto nos familiares quanto no paciente (Cemin & Einsfeld, 2002; Magalhães et al., 2023).

A família como potencializadora no processo de cuidar no espaço da UTI adulto

O elo existente, quando de qualidade, entre paciente e família quando fortalecido dentro do processo de hospitalização pode contribuir para a melhor adaptação de ambas as partes frente aos efeitos negativos ocasionados pelo adoecimento. Da mesma maneira, o contrário também é válido, podendo a restrição à permanência da presença familiar, como ocorre nas políticas de visita fechadas, agravar o quadro do paciente (Ferreira et al. 2013).

Ainda sobre os benefícios da presença da família ao paciente, a Cartilha do Humaniza SUS (Brasil, 2007), aponta que do aspecto fisiológico, a visita e o acompanhante estimulam a produção de hormônios, diminuindo o estado de alerta e a ansiedade no paciente frente ao desconhecido que acompanha o processo de hospitalização, favorecendo uma resposta mais positiva aos tratamentos.

Eugenio, Filho e Souza (2017), também exemplificam um desses benefícios apontando que a família tem maior potencial para controle do Delirium, uma doença que sempre foi um desafio para a equipe e é bastante comum em pacientes com longa permanência em UTI, a qual tinha o seu tratamento centrado no medicamento, desconsiderando o contexto psicossocial do paciente. Fortalecendo esses dados o fisioterapeuta Cacto aponta:

não só o tempo de internação (diminui), diminui delirium em UTI, diminui a negativa em relação a tratamento. Muitos pacientes negam tratamento, negam condutas e muitas vezes é porque eles estão inseguros, estão ansiosos, estão deslocados [...] então, para além da condição física de cuidado, tem a condição psicológica que também é muito importante. Então diminui substancialmente tempo de internamento e tudo mais atrelado ao cuidado de saúde. (Ent. Cacto)

Esse é um exemplo claro do quanto o ambiente da UTI pode ser maléfico para o bem-estar do paciente quando pensamos na permanência deste em um ambiente com isolamento social na maior parte do tempo e com horários restritos para contato com a família, o que corresponde a uma mínima parcela do dia, geralmente sem acesso direto à luz solar, o que, por sua vez, contribui para uma desregulação do ciclo circadiano e consequentemente, perda da orientação temporoespacial. Além disso, esse exemplo evidencia o quanto a família pode ser potencialmente benéfica para o enfrentamento do paciente frente ao processo de internação em UTI, funcionando também como um norte para o paciente, fornecendo afeto e segurança, amenizando o sofrimento, trazendo-o a reverberação do seu cotidiano e, dessa forma, orientando-o dentro da experiência da internação em UTI.

Goularte et al. (2020) apresentam fatores desencadeadores de sofrimento relacionado à vivência na UTI por parte dos pacientes, sendo eles o desconforto por estarem despídos, a higienização pessoal ser feita por pessoas estranhas, a insegurança causada principalmente pelo afastamento da família, a angústia pela falta de informações e a desorientação em relação ao tempo e ao espaço.

Assim, a presença da família na UTI pode minimizar o sofrimento vivenciado pelas famílias e pelos pacientes, aliviando os sintomas de ansiedade e estresse de ambas as partes. Para tanto, essa presença precisa estar associada ao acolhimento e comunicação efetiva da equipe de saúde (Gabarra et al., 2020). Vale destacar que todos os 13 entrevistados desta pesquisa reconheceram os benefícios da presença da família para o paciente, salvo em casos excepcionais em que a qualidade do vínculo não favoreça o paciente. Entretanto, ainda é perceptível a resistência em aceitar a presença do familiar na UTI, como pode ser percebido na fala de Violeta:

pela questão da equipe, quando a gente tem acompanhante, aí vem o egoísmo profissional, né? Quando a gente tem acompanhante, tudo sempre fica muito difícil, porque a gente já tem uma sobrecarga de trabalho. A gente lida com paciente, a gente tem que lidar com outro paciente, que 16 é o acompanhante. (Ent. Violeta)

Dessa maneira, entende-se que nesses casos há uma assistência desalinhada ao conceito de clínica ampliada da PNH, pois permanece a soberania da assistência biomédica através de práticas cristalizadas que, no contexto de alta complexidade da UTI onde há a presença marcante do uso de tecnologia duras, o uso das tecnologias leves, segundo definição de Merhy (2007), como, por exemplo, o acolhimento e a escuta, acabam ficando em segundo plano e recaindo sobre a Psicologia e o Serviço Social em sua maior parte. Assim, a técnica prevalece sobre o cuidado humanizado (Cardoso et al., 2023).

Limites para implementação da proposta da PNH acerca da Política de visitação aberta e direito acompanhante

A visita aberta e o direito a acompanhante se constituem como proposta da Política Nacional de Humanização e tem como objetivo ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, sendo essa uma forma de concretizar nos serviços de saúde o conceito de clínica ampliada, o qual concebe o trabalho clínico através de uma perspectiva em que considera ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, buscando produzir saúde e aumentar a autonomia não apenas do sujeito, como também da família e da comunidade, configurando assim, uma concepção ecológica que extrapola os tratamentos biomédicos e vai para além.

Nesse ponto, Lima e Martins (2017) destacam que enquanto diretriz do HumanizaSUS, a clínica ampliada preconiza a escuta qualificada do sujeito e de sua família, possibilitando participação e autonomia no tratamento, o que pode ser propulsor de novas possibilidades terapêuticas para melhor atender às necessidades dos pacientes e da família.

Dessa maneira, a clínica ampliada propõe o diálogo que valoriza a singularidade do sujeito e de seu processo saúdedoença, tanto entre os profissionais envolvidos quanto destes com o usuário e família buscando propiciar decisões compartilhadas. Com isso, atende-se e estimula-se a autonomia dos usuários do SUS, bem como sua participação, alimentando o controle social no âmbito da saúde.

Entretanto, a implementação dessa proposta tem esbarrado em alguns obstáculos apontados na literatura, bem como, evidenciados nas falas dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa. Desse modo, foram percebidos os seguintes dificultadores: infraestrutura deficitária ou ausente para acolher a família na UTI; falta do processo de educação em saúde para os familiares e paciente; a ideia de que a presença da família pode trazer riscos de infecção ao paciente, e; a relação entre equipe e família que, devido à sua relevância, será abordada de maneira mais detalhada posteriormente.

Outro conceito trazido pelo HumanizaSUS que vem à tona é o de ambiência. Nele, se considera o espaço de forma ampliada, para além da infraestrutura, percebendo-o enquanto social, simbólico, onde se dão as relações sociais e onde se manifestam e encontram-se subjetividades. A PNH (Brasil, 2013) traz a ambiência com o objetivo de criar espaços que propiciem mudanças no processo de trabalho e que estas levem em consideração no uso dos espaços as necessidades de usuários e trabalhadores. Assim, espaços em saúde devem ser também espaços de escuta e acolhimento.

Entretanto, nesse ponto Lima e Martins (2017) denunciam que quando falamos de espaços em hospitais, estamos falando quase na totalidade das vezes sobre escassez. Ponto que também é trazido na Cartilha do HumanizaSUS (Brasil, 2007) sobre visita aberta e direito a acompanhante ao explanar que faltam estrutura física e profissionais voltados para o acolhimento dos visitantes e acompanhantes, o que é materializado e constatado nas plantas físicas dos hospitais e nas rotinas hospitalares. Sobre essa dificuldade de estrutura física, Dália aponta que

A maior dificuldade é infraestrutura dos locais, porque... em específico, na UTI que eu trabalho ela não tem infraestrutura. Quando a gente realmente precisa por alguém lá 24 horas, é... primeiro, fica acomodado em poltrona, não tem um lugar para ele tomar banho separado dos 17 ambientes da equipe, então... tudo vai misturar com a equipe, é... se for para comer, come junto com a equipe, se for para tomar banho, usa o mesmo banheiro da equipe... das UTIs adulto, realmente não temos infraestrutura para receber alguém 24 horas. Sempre quando a gente recebe é

de forma bem improvisada, a gente tem que dá jeito assim... questão de alimentação, questão de higiene pessoal, até para dormir para eles é ruim, porque dorme em poltrona. Então assim, não é algo confortável. (Ent. Dália)

Sobre isso, Cabrera e Cunha (2014) sinalizam que apesar do crescente reconhecimento internacional da importância de uma política aberta de visitação em UTI, a falta de recursos adequados para acomodar os visitantes torna difícil sua implanta o. Nessa perspectiva, Lírio discorre:

S  que a unidade da gente não foi construída desde a planta para isso,   um ambiente muito pequeno. Aí o ambiente que tem, cabe o leito do paciente e os equipamentos que são utilizados. Aí cabe o ventilador, monitor, as bombas e pronto, ali já fica apertado. (Ent. Lírio)

Corroborando com essa fala, Ramos et al. (2014) destaca que a falta de espaço ao lado do leito   um dos impedimentos para efetivar os princípios do SUS contidos na PNH em rela o   visita o, acrescentando que de 162 unidades pesquisadas em seu estudo, metade delas (50,8%) não oferecia qualquer comodidade aos visitantes e apenas 46,9% tinham uma sala de reunião com familiares, enquanto 37% não dispunham de uma sala de espera. Em seu estudo sobre políticas de visita o em unidades de terapia intensiva no Brasil, Ramos et al. (2014) chegou a um dado significativo ao constatar que das referidas 162 UTIs pesquisadas, apenas 2,6% relataram ter políticas de visita o aberta, enquanto 45,1% possibilitavam dois períodos diários de visita o e 69,1% permitiam de 31 a 60 minutos de visita por período, já em casos de fim de vida, 98,7% delas permitiam visita em horários flexíveis. Essa flexibiliza o têm sido observada na fala dos entrevistados. Assim, Violeta sinalizou que

Quando tem um paciente que a gente vê que t  sofrendo bastante, que t  num processo de cuidado de fim de vida, aí a gente tenta flexibilizar a visita. Então, a gente deixa entrar mais gente ou então em horário fora da visita... Geralmente quando a gente define cuidados paliativos ou cuidados de fim de vida. Aí a gente libera. (Ent. Violeta)

Nesse sentido, Goularte, Gabarra e Moré (2020), investigou as opiniões dos profissionais sobre a dura o da visita, se deveria haver uma regra geral ou uma avalia o de caso a caso, tendo as opiniões divergido com alguns profissionais se baseando no princípio da igualdade, enquanto outros prezaram pela equidade. Assim, a fala da enfermeira Margarida exemplificou uma situa o

[...] uma situa o de uma paciente jovem que ela estava muito irredutível, a questão dela com abalo psicológico. Era uma paciente que tinha passado por um parto prematuro, um beb  internado em outra unidade [...] E aí tinha uma questão familiar muito forte [...] como ela tava se negando ao tratamento, a gente conversou junto com a psicologia e o serviço social, e acabou que a gente alinhou pra que o esposo dela voltasse pra passar a noite com ela. Foi quando ela ficou um pouco mais tranquila. A gente teve a questão da barganha. Eu falei que eu ia conseguir que 18 ele ficasse l , só que ela tinha que deixar que a gente têm cuidasse dela [...] foi que ela assentiu. (Ent. Margarida)

Já o estudo de Gabarra, Ferreira e Lombardi (2020), trazem para análise de dados da pesquisa realizada com médicos e enfermeiros, a qual demonstrou que a maioria (58,1%) acredita que a política de visita o deveria ser menos restritiva, enquanto 3,2% acreditavam que ela deveria ser mais restritiva, quanto ao número de visitantes e tempo de dura o. Tal divergência têm sido encontrada entre os entrevistados aqui no estudo, enquanto os demais entrevistados relataram acharem possível uma política de visita o aberta e direito a acompanhante em UTI, Bromélia expôs uma posi o contrária ao que

defende a PNH ao trazer que

a UTI deveria ser um setor totalmente fechado, em que se tivesse só visitação e essa visitação fosse um tempo curto, uma hora mais ou menos [...] porque já teve momento de, nessas duas horas, a gente ter que interromper a visita com 40 minutos de visita, porque estava tendo intercorrência. Eu acho que por ser um setor fechado, onde a gente atende muito paciente grave, eu acho que[...] Essas coisas deveriam ser normalizadas. Eu, pelo menos, não acho viável uma UTI onde se tem acompanhantes. (Ent. Bromélia)

Ainda sobre o estudo de Goularte, Gabarra e Moré (2020), a equipe trouxe ainda a necessidade de capacitação para prestar assistência aos familiares dentro de uma política de visitação aberta e apresentou dúvidas quanto ao funcionamento de uma política assim por desconhecerem outras UTIs que a possuam, não se sentindo os profissionais preparados para essa possibilidade. Neste estudo aqui desenvolvido, dos 13 entrevistados, apenas 2 tiveram atuação em unidade de terapia intensiva com política de visitação aberta. Sobre essa realidade desconhecida, o fisioterapeuta Antúrio trouxe que

[...] nessa palestra que eu assisti essa semana, foi a primeira vez que eu ouvi essa informação (sobre UTIs com visitação aberta) [...] eu acho muito interessante, mas eu nunca ouvi falar. E olha que eu já tô na UTI há cerca de quatro anos, aproximadamente, né? Mas isso ainda não existe. Ou se existe, vai ser ali pontos bem isolados, né? Como a gente fala, dá pra contar de dedo. (Ent. Antúrio)

Cabe aqui a distinção entre UTIs com políticas restritivas de visitação e políticas abertas de visitação. As restritivas são aquelas que permitem a visita de familiares durante alguns intervalos de tempo durante o dia e com um número restrito de visitantes por período. Já as abertas, permitem que os familiares tenham acesso ao paciente 24 horas por dia, com ou sem restrição do número de visitantes (Ramos et al., 2014).

Goularte, Gabarra e Moré (2020) reforçam esses dados afirmando que nas UTIs para pacientes adultos, ainda predominam as políticas restritivas de visitação. Ramos et al. (2014) apresenta como um dos fatores para manutenção dessa realidade a falta de uma legislação clara sobre o assunto no Brasil. Enquanto Eugenio, Filho e Souza (2017) destacam que a discussão acerca da visitação aberta ainda é recente no Brasil. Pensando na perspectiva da proposta da PNH enquanto um direito do usuário e da família, Violeta trouxe a seguinte reflexão:

Como pessoa, como humana, que é que eu observo... Até 13 (anos) é na UTI pediátrica que tem direito a acompanhante [...] Adultos e idosos não têm direito. E aí eu fico assim pensando, são pessoas que estão em vulnerabilidade, principalmente os idosos, como as crianças também. E 19 outra vulnerabilidade é eles estarem intubados, sem direito sobre os seus corpos. Então, há esse pensamento: Por que eles não têm direito a acompanhante, se eles estão em vulnerabilidade e eles não conseguem tomar as decisões por si? Um paciente intubado, um paciente idoso, precisariam também, como uma criança ou um adolescente de 14 anos (Ent. Violeta).

Já Cacto acusa que “é direito de todo paciente um acompanhante 24 horas, mesmo na UTI. Isso ainda a rede pública não está preparada.”.

Cabe ainda destacar que a ideia de que os visitantes representam uma ameaça à saúde dos pacientes por aumentarem os riscos de infecção integra-se aos fatores que contribuem para a manutenção da realidade de maior parte das UTIs brasileiras funcionarem com políticas de visitação fechada (Ferreira et al., 2013; Gabarra, Ferreira, Lombardi, 2020). Nesse pensamento, o Lírio, traz:

tem casos que a família não é esclarecida... E aí ele passeia na rua, vai em n lugares, depois vai para o hospital visitar o familiar, o ente querido, e aí acaba trazendo coisa da rua para um ambiente que é mais controlado, entende? Aí o paciente que já está com a saúde fragilizada, aquilo ali para o familiar pode não ser danoso, mas para o paciente vai ser danoso, entende? [...] Acho que tem que ter essa consciência, sabe? Ao invés de ser uma coisa que vai restaurar, acaba piorando. (Ent. Lírio)

Contudo, um estudo que comparou a incidência de infecção entre o período de visita restrita versus o período de visita aberta em unidade de terapia intensiva, não demonstrou haver diferença significativa nas infecções adquiridas, destacando que o principal risco de infecção nos pacientes está relacionado aos procedimentos invasivos e microrganismos transmitidos por meio de transmissões cruzadas, e não pela presença do acompanhante (Eugenio, Filho, Souza, 2017). Assim, Cacto trouxe uma percepção que corrobora com os autores e contrasta com a percepção trazida por Lírio ao afirmar que

Desde que seja feita a educação em saúde. É uma coisa básica, lavar a mão antes de entrar, lavar a mão depois de sair, usar um avental descartável. Não aumenta não (o risco de infecção), porque não existe circulação dentro da UTI, dos familiares. O familiar fica ao lado do seu doente. Se o doente dele está no leito 1, não tem porque ele ir lá para o leito 10. Isso não interfere, não. (Ent. Cacto)

Entretanto, as falas de ambos os entrevistados apontam para outra questão, a necessidade de um processo de educação em saúde para a família acerca do funcionamento e da rotina da UTI, dos cuidados necessários para o controle de infecções, do quadro clínico do paciente, entre outros aspectos. Destacando essa questão, foram trazidas as seguintes falas:

Atrapalha quando o familiar não tem o recurso que eu falei, ele não tem esse apoio psicológico e da assistente social, de informar que ele não pode fazer isso, que ele não pode fazer aquilo [...] se tudo fosse falado com os familiares no começo da visita, "olha, não pode fazer isso, aí só pode até aqui...", eu acho que isso não interferia tanto. (Ent. Bromélia)

Geralmente eles (os familiares) são acolhidos pelo serviço social e pela psicologia fora da UTI. Aí 20 algumas vezes eles fazem sala de espera, orientam a família como é a rotina da UTI e aí eles entram com esses familiares. (Ent. Violeta)

Qualquer coisa que a gente for fazer, eu sei que é obrigação nossa de informar, mas as vezes a gente informa e fica perguntando e pede para gente repetir o que a gente tá fazendo, então aquilo atrapalha de alguma forma. (Ent. Dália)

Tem familiares que são totalmente leigos, assim como os pacientes, e aquilo ali é muito novo pra eles. E assim, tem coisas muito... muito assustadoras [.] E aí ele acaba achando que aquilo ali é um dano, entende? [...] alguns procedimentos, por serem muito invasivos, acha que vai ser danoso, mas não tem nada a ver, entende? Nesses casos dos familiares que não entendem, a gente acaba explicando, mas mesmo assim ocorre um embate, entende? (Ent. Lírio)

Assim, a necessidade do processo de educação em saúde para os familiares é trazida como queixa e vista por alguns profissionais como algo que atrapalha o cuidado. O que levanta outro questionamento: enquanto atores do SUS e atendendo aos princípios da PNH, não seriam os próprios profissionais responsáveis por desenvolver esse trabalho de educação em saúde com a família, uma vez que esta deve ser treinada em seu papel de cuidador leigo? A resposta para esse questionamento aponta para outros fatores que obstruem à implementação de políticas de visitação aberta conforme prevê a PNH, dentre eles o

desenrolar da relação entre equipe e família, na qual através da fala dos entrevistados, em sua maioria, percebe-se que é delegado à figura do psicólogo e do assistente social o papel de educar a família sobre o contexto de funcionamento da UTI. Fortalecendo essa percepção, além das falas acima mencionadas, a psicóloga Clívia reforça que

Desde a entrada no hospital, onde nós buscamos eles na sala de espera ali na recepção, e levamos até a UTI, né? Encaminhamos à beira-leito até todos os pacientes, fazemos ali as orientações pra higiene das mãos, fazemos paramentação, né? Com os pacientes que estão em precaução de contato, com os usos de EPIs, né? Máscara, luva, touca, avental, e durante toda a visita nós fazemos acolhimento à beira-leito, né? [...] (Ent. Clívia)

Dessa maneira, o profissional psicólogo, qualificado em sua formação para desempenhar uma escuta ativa, terapêutica, bem como, de ser a ponte entre paciente-família-equipe, mediando essa relação, parece ser entendido como o principal, e por alguns entrevistados até como o único responsável, por nutrir a relação com a família.

Entretanto, vale destacar que na grade curricular dos cursos de psicologia não há, em sua maioria, a formação à respeito de disciplinas como Educação em Saúde no SUS. Além disso, nem todos os estudantes de psicologia possuem contato com a área hospitalar durante seus estágios de formação acadêmica. Assim, sem preparo prévio, ao se deparar com a rotina de uma UTI, o psicólogo é instruído já no exercício profissional sobre a linguagem hospitalar, sobre paramentação, uso de EPIs, por outro profissional que, na maior parte das vezes, é o enfermeiro. Logo, ele também passa a ser responsabilizado por desempenhar esse processo de educação em saúde, por parecer haver a crença de que tudo que se refere ao diálogo com a família, só o psicólogo pode fazer. Assim, tem-se a fala da psicóloga Amarílis: “É, só com a gente [...] mas até para paramentar, é um psicólogo que paramenta. E às vezes a gente não entende tão bem quanto a enfermeira entende das coisas. A gente aprende lá na hora.”.

Nesse ponto, Lima e Martins (2017) enfatizam que o cotidiano do trabalho robotiza as ações, tornando necessária uma desconstrução e construção das práticas, o que só é possível com o engajamento de todos, salientando que a psicologia pode ser um propulsor nesse quesito por gerar questionamentos e reflexões quanto ao exercício profissional.

Desenvolvimento relacional entre família e profissional de saúde da UTI adulto no processo do cuidado

A comunicação entre equipe e família é trazida como uma barreira à adoção de políticas de visita aberta, sendo apontada a necessidade de treinamento da equipe em comunicação para lidar com a família (Ramos et al., 2014; Eugenio, Filho, Souza, 2017; Goularte, Gabarra, 2020). Já nesse sentido, a fala de Violeta sinaliza

[...] (me sinto) capacitada, não. E preparada também, não. Porque a gente não consegue lidar com a família, ainda mais que a gente demandaria um tempo maior, né? Pra estar perto dela, pra explicar tudo, pra tirar as dúvidas, que são muitas. (Ent. Violeta)

Por outro lado, a mesma comunicação quando acolhedora e eficaz contribui para a promoção de um vínculo de confiança com a equipe de saúde (Ferreira et al., 2013). Pensando sobre isso, a entrevistada Rosa fala “Eu acho que eles acabam tendo mais confiança na gente quando a gente tem aquele jeito de conversar e falar a mesma linguagem também. Então eles se sentem muito mais acolhidos”. Conforme aponta Eugenio, Filho e Souza (2017), quadros como ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático são maiores em familiares que em pacientes. Dessa forma, a família também deve ser inserida enquanto foco de atenção por parte da equipe multiprofissional.

Além disso, essa relação equipe-família pode ser fator de satisfação para a família, melhorando a qualidade da relação entre paciente-equipe-família, repercutindo diretamente na qualidade do trabalho dos profissionais e na dimensão do

sofrimento emocional da família (Ramos et al., 2014; Cabrera, Cunha, 2014; Gabarra, Ferreira, Lombardi, 2020; Goularte, Gabarra. 2020). Assim, Cacto, que já atuou em UTI com política de visita aberta e direito acompanhante, exemplifica isso ao trazer que

[...] o terapeuta que está ali não tem vínculo afetivo com o paciente. Melhor dizendo, o paciente não tem vínculo afetivo com ele. E o familiar é o vínculo, é a ponte entre o paciente e a equipe de saúde e isso promove, estabelece confiança. Então [...] o paciente muitas vezes ele interpreta dessa forma, já que tem um familiar meu aqui e, tá sob supervisão dele, a pessoa fica mais tranquila em ser cuidada (pela equipe). (Ent. Cacto)

Dessa forma, a Cartilha do HumanizaSUS (Brasil, 2007) sobre visita aberta e direito a acompanhante, destaca que a implementação desse dispositivo da PNH, incita a adoção de novas práticas de gestão para o acolhimento das famílias e da rede social do paciente, incluindo a descoberta de novas estratégias de comunicação com os visitantes.

Ademais, Eugenio, Filho e Souza (2017) salientam como essencial a comunicação efetiva entre família e equipe assistencial, devendo a família ser incluída no plano terapêutico, tornando-a parte do processo de saúde e doença, pois ela adoece tanto quanto os pacientes internados na UTI. Logo, pode-se observar nessa concepção o conceito de clínica ampliada, diretriz da PNH. Nesse ponto, Orquídea destaca a reflexão

A família é uma parte importante do processo de recuperação do paciente. Inclusive faz parte da equipe. Eu considero que a família faz parte da equipe, porque a família precisa trabalhar junto com a gente para que o paciente fique bem [...] agora eu te falo da posição do psicólogo. É catequizado que a nossa assistência nunca será somente para o paciente. A nossa assistência é, sobretudo, para a família. A família pode vivenciar posições diante do adoecimento desse paciente, posições psíquicas de revolta, de negação, de depressão, em que a gente precisa acompanhar. (Ent. Orquídea)

Por outro lado, Clívia e Orquídea, apontam também para a resistência de grande maioria da equipe em se relacionar com a família, o que pode ser evidenciado nas falas:

[...] a grande maioria tem, sim, certa resistência, né? Nesse contato com a família, tem certa resistência, sim. Fica mais pra psicologia e o serviço social. A equipe fica um pouquinho mais distante da família. O cuidado não é o mesmo não. Com o paciente é bem melhor, bem mais afetivo. (Ent. Clívia)

[...] é ainda uma questão cultural, um clima da organização, de ser muito mais cômodo ter só o paciente lá. É muito mais fácil. Porque é uma outra pessoa (o familiar) que você tem que cuidar também. Quando a gente fala assim, tem que mudar a... não é a organização institucional, mas a mentalidade institucional. Aquilo que está instituído, ele precisa ser desconstruído [...] A gente da psicologia vê isso com o melhor olhar. Porque a gente já tá acostumado em colocar a família como parte da nossa assistência. Mas pra uma equipe que a família não é parte da assistência, é mais difícil. (Ent. Orquídea)

Compartilhando dessa percepção, Cacto comparou a relação da equipe multiprofissional com a família das UTIs que atualmente trabalha e que funcionam com uma política de visita restritiva com a UTI que atuou, na qual havia a política de visita aberta e direito a acompanhante. Para isso, ele chamou os hospitais que trabalha atualmente de hospitais 1 e 2, e o hospital que trabalhou de hospital 3. Assim, ele trouxe:

Nos hospitais 1 e 2, a relação da equipe multi, ela é muito pobre. Esse contato com a família, ele parte de forma obrigatória por conta do regimento do hospital. Ele parte da assistência social, da psicologia e da medicina. Os

demais profissionais, o contato familiar perpassa pela vontade do profissional em se relacionar com o familiar. E fica muito pobre. É isso nos hospitais 1 e 2. No Hospital 3, que é o acompanhamento 24 horas, o familiar é inserido no cuidado com o paciente. Então, no momento do banho, no leito, o familiar ajuda. No momento de oferta de refeição, o familiar ajuda, de oferta de medicação. Então, todas essas coisas. E funciona muito bem [...] então, a relação no Hospital 3, ela é direta e contínua. E no Hospital 1 e 2, ela é fragmentada e muito pobre. (Ent. Cacto)

Ainda nesse ponto, Margarida, que também teve atuação em uma UTI com política de visitação aberta, aponta sobre a relação da equipe com a família:

[...] a gente tem uma formação mais tecnicista. A gente não tem muito essa questão voltada para essa visão do todo. É uma coisa que vai de cada profissional. Então, é algo que eu considero muito importante e que sim, eu adoto com certeza, né? Durante a minha rotina. (Ent. Margarida)

Dessa forma, percebe-se que o olhar para a necessidade e importância da relação equipe-família perpassa pela formação acadêmica do profissional, o que vai influenciar na forma como este se posiciona neste contato com a família do paciente. Por sua vez, isso respinga também na configuração da equipe enquanto seu funcionamento, pois quando se delimita cada profissional atuando em suas funções específicas, o trabalho em equipe é fragmentado, o que se caracteriza como uma barreira à efetivação do conceito de clínica ampliada no SUS. Esta questão exposta pode ser percebida nas falas de Antúrio e Álisso, que é enfermeiro, quando questionados sobre a relação com a família:

De forma ativa, não. A não ser algo pontual, alguma dúvida pertinente à história pregressa, mas não de forma rotineira e constante [...] De uma forma geral é um pouco mais a mercê da solicitação do familiar. A salvo o profissional psicólogo e o assistente social que tem um contato mais próximo. O profissional médico de forma rotineira tem a passagem do boletim, mas o restante da equipe fica ali de forma meio que em stand by sobre as necessidades do familiar. (Ent. Álisso)

[...] dentro do aspecto da fisioterapia ou da medicina eu não vejo muito isso não. Porém na psicologia eu vejo, geralmente o psicólogo, ele atua tanto atendendo, prestando essa assistência quanto ao paciente, quanto à família. Mas por parte dos outros profissionais, das outras profissões, eu não costumo notar essa assistência, não. (Ent. Antúrio)

Por outro lado, cabe destacar que a rotina de uma UTI é causadora de estresse para todos os envolvidos, inclusive, para os profissionais da equipe, os quais lidam com pacientes graves que podem apresentar descompensação a qualquer instante, requerendo destes um constante estado de alerta e prontidão durante o exercício de sua função.

Pensando na repercussão dessa vivência para os profissionais de saúde e como ela impacta na relação com a família, Dália, diferente dos demais entrevistados, trouxe um ponto importante a ser refletido na seguinte fala:

[...] eu acho muito complicado ter contato com os familiares, porque... a gente já vê o processo todo de sofrimento dos pacientes e isso particularmente mexe muito comigo, e... vê o sofrimento estendido pro familiar, é muito ruim o peso psicológico que isso tem para mim... Então, por isso também... eu prefiro ficar mais afastada, até para resguardo psicológico meu mesmo. E o que eu observo é que muitos colegas também. É da mesma forma. A realidade mesmo é porque a gente não quer ter vínculo com o familiar para não acabar tendo um impacto de forma negativa para o psicológico da gente, porque paciente de UTI são pacientes de longa permanência, então assim... querendo ou não a gente já cria um vínculo. Então criar um vínculo e presenciar todo o sofrimento familiar é muito ruim. (Ent. Dália)

Portanto, é válido salientar que é preciso dar visibilidade à experiência dos trabalhadores, ouvi-los e incluí-los na tomada de decisão, uma vez que são eles os braços do SUS e possuem a capacidade para analisar e qualificar os processos de trabalho. Assim, desenvolve-se a valorização do trabalhador, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Dessa forma, Gabarra et al. (2020), trazem que é importante o envolvimento da equipe multiprofissional para compreensão da crença acerca da visita ampliada, uma vez que a literatura já aponta que a equipe pode apresentar resistência quanto à visita ampliada pela crença de que esta irá gerar prejuízos em seus processos de trabalho na unidade, o que já foi evidenciado em algumas falas.

Já Fernandes et al (2010), lançam luz sobre como a tecnologia, característica marcante de uma UTI, atravessa o cuidado e a relação entre equipe e paciente, bem como, equipe e família, muitas vezes automatizando o cuidado e pondo em segundo plano a humanização no cuidado, sendo necessária a preocupação na prática profissional para que a tecnologia não sobreponha as práticas humanísticas; uma vez que, quando aliados, cuidado humanizado e tecnologia, promovem melhores resultados ao usuário do serviço. Logo, são múltiplos e diversos os fatores que perpassam e influenciam o desenvolvimento da relação entre equipe e os usuários.

Assim, ao pensar na estrutura de recursos humanos para propiciar acolhimento dos visitantes e acompanhantes, com base na fala dos entrevistados, nota-se que essa tarefa tem sido delegada hegemonicamente à figura do psicólogo e do assistente social, e em terceiro plano ao médico com a passagem do boletim médico, ficando o contato com os demais membros da equipe multiprofissional escasso e superficial.

4. Considerações Finais

Com a realização deste estudo, pode-se perceber que o conhecimento e a compreensão do dispositivo da PNH acerca da visita aberta e o direito a acompanhante, ainda é algo distante da formação acadêmica e da atuação profissional da maior parte dos entrevistados. Assim, eles refletem a realidade da maior parte das UTIs brasileiras com a manutenção de políticas de visitação restritiva, embora reconheçam que alimentar o elo paciente-família traga benefícios ao paciente e à família.

Com base na concepção ecológica já mencionada, a PNH, através da Cartilha do HumanizaSUS sobre visita aberta e direito a acompanhante traz o membro da família, da rede social do paciente, como essencial não apenas para acompanhar o paciente internado, como também para ser orientado em seu papel de cuidador leigo.

Assim, ao mesmo tempo em que trazer a família para perto durante o processo de internação garante a continuidade do elo entre o paciente e o seu contexto de vida, esta também deveria ser chamada como participante e corresponsável no processo de saúde-doença do paciente, sendo orientada e treinada pela equipe para desempenhar a função de cuidador leigo para a continuidade do cuidado com o paciente em casa, pós alta hospitalar. Entretanto, a visão de como esse elo pacientefamília também pode ser benéfico à equipe ainda é turva para alguns profissionais, uma vez que o familiar é, por vezes, visto como uma peça que atrapalha a assistência ao paciente e gera sobrecarga nos processos de trabalho da equipe.

O profissional enfermeiro, que correspondeu a mais da metade dos entrevistados desta pesquisa, se configura como uma peça chave dentro do funcionamento da UTI, uma vez que atua como principal prestador da gestão do cuidado, é coordenador da equipe de enfermagem, a qual, diretamente, promove atendimentos aos pacientes; além de fomentar, por vezes, capacitação técnico-científica dessa equipe. Dessa forma, o enfermeiro se depara com uma demanda alta de tarefas diante de estrutura tecno-humana disponível para o cumprimento delas, levando a prática de uma assistência eminentemente técnica, na qual uma escuta qualificada e humanizada acaba ficando negligenciada.

Além disso, conforme o Humaniza SUS, a Humanização enquanto política transversal se caracteriza enquanto uma construção coletiva e pressupõe mudanças nos diferentes núcleos de saber e poder que se ocupam da produção em saúde,

contribuindo para fortalecer o questionamento das verticalidades presentes nos processos de trabalho e nas relações existentes, e manifestando-se como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde.

Logo, ao trazer o caráter questionador da verticalidade existente nas relações, a PNH abre espaço para produção de saúde a partir da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades dos usuários. Com isso, o usuário parte de uma posição de receptor de cuidados, de paciente, para uma posição de ator dentro da construção da produção de saúde, de voz ativa na medida em que suas necessidades verbalizadas poderão funcionar enquanto motor para mudanças nas práticas em saúde, o que ainda contrasta com a realidade da grande maioria das UTIs brasileiras. Conforme sinalizado por todos os entrevistados, a ausência de infraestrutura adequada ainda é um obstáculo para implementação da proposta da PNH sobre a visita aberta e o direito a acompanhante em UTI adulto e contribui para a manutenção de processos de trabalho enrijecidos e tecnicistas.

A inclusão do familiar, a presença do acompanhante, do visitante ou do representante da rede social do paciente no ambiente hospitalar se configura como uma marca fundamental que pode ser propulsora de mudanças nas relações de poder nas instituições de saúde, uma vez que o ambiente hospitalar historicamente é marcado pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores para com os pacientes, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e a visita. Por conta desse autoritarismo e desse lugar de produção de saber e de poder ocupado por esses atores em relações verticalizadas, há muito tempo tais normas não são questionadas e nem revistas. Dessa forma, a implantação do dispositivo da PNH de visita aberta e direito a acompanhante, aumenta o grau de protagonismo dos usuários, trazendo uma reorientação na prática profissional com base na interação com o contexto de vida do paciente.

Com isso, evidencia-se a necessidade do questionamento e da revisão de práticas cristalizadas e que engessam a construção e o aprimoramento de novas práticas em saúde, de produção em saúde com base em escuta qualificada, em ambiência, clínica ampliada e transversalidade. Logo, conforme já mencionada, a inclusão do familiar pode promover mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de responsabilidade coletiva e de solidariedade, que são marcas da Política Nacional de Humanização.

Finalmente, se o SUS é considerado uma conquista relativamente recente dentro da história político-social brasileira alcançada por lutas, pode-se dizer que a PNH do SUS está ainda na mais tenra idade. Todavia, já começa a produzir frutos importantes para a produção e o cuidado em saúde, devendo ser propagada dentro de todos os níveis de atenção do SUS. Assim, apesar da maioria dos entrevistados desconhecerem uma UTI com política de visitação aberta e direito a acompanhante e demonstrarem certa resistência, afirmaram também acreditar ser possível a realidade de uma UTI adulto dentro da proposta da PNH. Nesse sentido, em algumas falas nesse estudo, foi possível vislumbrar uma mudança de cenário sinalizando que a equipe atualmente está passando por um processo de capacitação quanto à PNH e caminhando para implementação da visita estendida na Unidade em questão, o que representa passos importantes para a concretização de um atendimento mais humanizado no âmbito do SUS.

Dessa forma, ressalta-se a relevância da elaboração de futuros estudos que visem aprofundar a temática, buscando conhecer também as concepções dos usuários do SUS sobre o proposto pela PNH acerca da visita aberta e o direito a acompanhante, bem como, as concepções dos gestores.

Conflito de Interesses

Não há conflito de interesse.

Referências

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

- Bockorni, B. R. S. & Gomes, A. F. (2021). A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*. 22.(1), 105-17.
- Brasil. (2007). HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. 2 ed. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf
- Brasil. (2013). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Brasil (2012). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Cabrera, L. S. & Cunha, R. (2014). Políticas de visitação na unidade de terapia intensiva no Brasil: primeiros passos na América Latina. *Rev Bras Ter Intensiva*. 26(4), 328-9. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140048>.
- Brasil. (2023). Cadastro nacional de estabelecimentos em saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2918002400693>.
- Brasil (2023). Cadastro nacional de estabelecimentos em saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/2918002494930>.
- Cardoso, A. C. B.; Reis, J. S. dos & Santos, M. V. F. dos. (2023). A importância da correlação entre humanização e tecnologia nas unidades de terapia intensiva: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*. 12(4), e27912441035. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41035>.
- Cemin, T. M. & Einsfeld, P. (2022). Luto antecipatório: implicações e percepções culturais. *Rev. Psicol. Divers. Saúde*. 11, e4074. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsd.2022.e4074>.
- Eugenio, C. S.; Filho, M. C. B. & Souza, E. N. (2017). Visita aberta em UTI Adulto: utopia ou realidade?. *Rev Enferm UFSM*. 7(3), 539-49. <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22692/pdf>
- Fernandes, G. T.; Alves, L. N.; Cunha, L. S., Monteiro, M. C. & Batista, R. S. (2010). Tecnologia de ponta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua influência na humanização do cuidado de enfermagem. *Coleção SUS*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/roberto_batista.pdf.
- Ferreira, C. C. G.; Estevam, F. E. B.; Guimarães, J. C.; Valadares, M. S. & Tannure, M. C. (2013). A visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento. *Enfermagem Revista*. 16 (1), 72-82. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13020/10240>
- Gabarra, L. M.; Ferreira, C. L. B. & Lombardi, P. A. (2020). Implementação da Visita Familiar Ampliada na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário. *Revista de Ciências da Saúde*. 32 (2), 131-39. <https://doi.org/10.14295/vittalle.vttalle.v32i2.9686>.
- Goularte, P. N.; Gabarra, L. M. & Moré, C. L. O. O. (2020). A visita em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Perspectiva da Equipe Multiprofissional. *Rev. Psicologia e Saúde, Florianópolis*. 12 (1), 157-70. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.734>.
- Lima, F. M. & Martins, C. P. (2017). Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI. *Saúde em Redes*. 3 (3), 207-13. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.v3n3p207-213>.
- Magalhães, S. B.; Daltro, M. R. & Reis, T. S. (2023). A morte reconhecida: experiência do luto antecipatório de familiares de pacientes em final de vida. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5548>
- Merhy, E.E. & Onocko, R. (2007). *Agir em saúde: um desafio para o público*. (3ª ed). Hucitec Editora.
- Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (14ª ed.). Hucitec Editora.
- Ramos, F. J. S.; Fumis, R. R. L.; Azevedo, L. C. P. & Schettino, G. (2014). Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. *Rev Bras Ter Intensiva*. 26 (4), 339-46. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140052>.