



COMITÊ DE TERMINALIDADE DA VIDA E CUIDADOS PALIATIVOS DA AMIB

Comentário: Dra. Daniere Yurie Vieira Tomotani

Os efeitos benéficos para a família da flexibilização do horário de visitas da UTI.

A internação em um ambiente de unidade de terapia intensiva (UTI) é um momento de muito estresse e angústia para os pacientes e seus familiares, com potencial de gerar impactos negativos a longo prazo na qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes.¹ Os doentes críticos enfrentam a própria doença aguda que os levou para a UTI, além de vários mecanismos estressores físicos e psicológicos, como o efeito angiogênico gerado por distúrbios respiratórios; o desconforto dos procedimentos invasivos e a presença de sondas e cateteres; a necessidade de contenção física, as barreiras de comunicação, a perda da autonomia e o aumento da dependência; a ativação da cascata inflamatória; as alterações hormonais geradas pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal; os altos níveis de catecolaminas endógenas; e a distorção da realidade gerada pelo delirium.²

Todos estes fatores estão diretamente relacionados ao aumento de chance de síndrome pós-cuidados intensivos - PICS (do inglês *post-intensive care syndrome*), definida como um novo comprometimento ou agravamento do estado de saúde física, cognitiva e/ou mental dos pacientes. As consequências físicas incluem problemas respiratórios e a tetraparesia do doente crítico, por vezes com fraqueza muscular mantida por mais de um ano após a alta da UTI. Alterações da cognição em até 80% dos casos, com acometimento de memória, do processamento, do planejamento, da resolução de problemas e da percepção espacial e visual. Até 50% dos doentes podem apresentar sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e muitos podem evoluir com depressão, ansiedade e distúrbios de sono que podem durar vários anos.³

As famílias de pacientes sobreviventes e não sobreviventes também podem ser acometidas pela síndrome e podem apresentar sofrimentos psicológicos, físicos e sociais. Cerca de 10 a 75% sofrem de ansiedade, 8 a 42% apresentam sintomas de TEPT e até um terço precisam de medicações antidepressivas e/ou ansiolíticas no momento da alta. A perda do ente querido pode levar ao luto prolongado e por vezes patológico, gerando consequências físicas como astenia e a exacerbação de sintomas de doenças prévias. Por fim as consequências sociais podem levar a quebra financeira e a desestruturação familiar, principalmente nos casos em que o paciente era o provedor da casa, mas também pelo aumento dos gastos gerados pelo tratamento da doença, a necessidade de ausências no trabalho, entre outros.³

O *delirium* é uma disfunção neurológica aguda frequentemente observada em doentes críticos e que gera grande estresse para o paciente, a família e a equipe que cuida. Pandharipande PP e colaboradores estudaram as consequências neurológicas a longo prazo dos pacientes com *delirium* internados com insuficiência respiratória, choque cardiogênico e/ou

choque séptico em UTIs clínicas e cirúrgicas. Os autores avaliaram 821 pacientes, destes apenas 6% possuíam comprometimento cognitivo prévio. O total de 74% evoluiu com *delirium* durante a internação. Após 12 meses, um em cada quatro e um em cada três mantiveram comprometimentos cognitivos, respectivamente, semelhantes aos escores de indivíduos com doença de Alzheimer leve e com trauma cranioencefálico moderado. Além disto, um maior tempo de *delirium* foi associado a piores desfechos em cognição global e função executiva em 3 e 12 meses.⁴

Buscando melhorar a evolução de pacientes internados em UTI, várias estratégias têm sido sugeridas, muitas com resultados favoráveis para prevenção de *delirium*. Uma bem conhecida é o pacote ABCDEF, método mnemônico que estimula a realização de boas práticas em UTI, no qual:⁵

- A (*assess, prevent, and manage pain*) - avaliar, prevenir e controlar a dor;
- B (*both spontaneous awakening and spontaneous breathing trials*): interrupção diária da sedação e teste de respiração espontânea;
- C (*choice of analgesic and sedation*) - escolha da melhor analgesia e sedação;
- D (*delirium*) - avaliar, prevenir e tratar adequadamente o *delirium*;
- E (*early mobility and exercise*) - mobilização precoce; e
- F (*family engagement and empowerment*) - envolvimento e empoderamento da família.

Nos últimos anos vários movimentos têm surgido buscando a humanização dos cuidados de saúde, por meio do cuidado centrado no paciente e em sua família. Dentre as várias possibilidades, a extensão dos horários de visitação de pacientes na UTI seria uma ferramenta interessante, pois permitiria a maior participação dos familiares nos cuidados, fortaleceria o vínculo entre a família e a equipe de saúde, facilitaria a compreensão sobre o processo da doença aguda, o que poderia impactar em redução de PICS familiar. A família também ofereceria apoio psicológicos e cognitivo para os pacientes, o que poderia prevenir o *delirium*.¹ Mesmo que o cenário pareça promissor, as evidências relacionadas ao benefícios do aumento do tempo de visita ainda são escassas e a possibilidade de aumento na incidência de infecções, interferência nas condutas e *burnout* da equipe aumentam a resistência contrária a mudanças, de tal forma que até o presente momento a maioria das UTIs no mundo ainda adota modelos restritivos de visitação.⁶

Buscando responder se a flexibilização dos horários de visitas na UTI levaria a redução de *delirium* e quais os seus efeitos para os pacientes, os familiares e os profissionais de UTI, Rosa RG⁶ e colaboradores recentemente publicaram o estudo **“Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: The ICU visits randomized clinical trial”**. Tratou-se de um ensaio clínico randomizado em *cluster* cruzado com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de um modelo de visitação familiar flexibilizado versus o modelo restritivo usual de UTIs de adulto. As UTIs foram divididas aleatoriamente em uma de duas sequencias, sendo elas: visita flexível seguida de visita restritiva ou visita restritiva seguida de visita flexível. Após a inclusão de 25 pacientes (fase 1), as unidades interrompem as inclusões

pelo período de 30 dias a fim de possibilitar a descontaminação e após eram submetidas a 15 dias de treinamento para a outra estratégia, para só então começar a nova inclusão (fase 2).⁶

O modelo de visitação flexível incluía o aumento do horário de permanência na UTI em até 12 horas para um ou dois familiares próximos do paciente e oferecia educação em forma de reuniões estruturadas com orientações sobre o ambiente de UTI, procedimentos comuns, trabalho multidisciplinar, controle de infecção, cuidados paliativos e *delirium* (obrigatoriedade de participação de pelo menos uma reunião), além de oferecer um folheto informativo e acesso a um site com orientações relacionadas aos processos e emoções relacionados à permanência na UTI e a como melhorar a cooperação sem aumentar a carga de trabalho da equipe. Os pacientes também poderiam receber visitas sociais de outros familiares e amigos.

O modelo de visitação restritiva seguia as regras anteriores de visitas das UTIs (mediana de 1,5 hora por dia, com possibilidade de até 4,5 horas de permanência) e os familiares não eram obrigados a participar de reuniões educacionais. Nos dois modelos os visitantes recebiam orientações verbais e por escrito sobre os requisitos mínimos para promover um ambiente tranquilo e seguro, não poderiam permanecer durante procedimentos de cuidados intensivos, poderiam participar de visitas multidisciplinares se a política da UTI permitisse e poderiam permanecer por tempo superior ao do protocolo em casos especiais, como em paciente com idade superior ou igual a 65 anos, em fase de fim de vida ou se existisse algum conflito envolvendo a equipe da UTI, o paciente e/ou sua família.⁶

O desfecho primário foi a incidência de *delirium* avaliada pelo *Confusion Assessment Method in a intensive care unit* (CAM-ICU) e os desfechos secundários incluíram: infecções nosocomiais adquiridas, tempo de internação em UTI e mortalidade hospitalar; satisfação com os cuidados e presença de sintomas de ansiedade e depressão em familiares; e *burnout* em médicos. Após exclusões, o total de 36 UTIs de hospitais públicos e filantrópicos brasileiros participaram da coleta de dados e 1685 pacientes (n 837 visita flexível x n 848 visita restritiva; idade média de 58,5 anos; 47,2% de mulheres), 1060 membros da família (n 532 visita flexível X n 528 visita restritiva; média de idade de 45,2 anos; 70,3% de mulheres) e 737 médicos da UTI (n 382 visita flexível X n 355 visita restritiva; média de idade de 35,5 anos; 72,9% de mulheres) concluíram o estudo. A duração média diária das visitas foi significativamente maior no grupo flexível, com 4,8 horas X 1,4 horas (diferença ajustada, 3,4 horas [IC 95%, 2,8 a 3,9]; p < 0,001). Não houve diferença significativa no número médio de visitantes por dia (1,9 X 1,9; diferença ajustada, -0,06 [IC 95%, -0,29 a 0,17]; p 0,63). A incidência de *delirium* não foi diferente entre os grupos (18,9% X 20,1%; diferença ajustada, -1,7% [IC 95%, -6,1% a 2,7%]; p 0,44). Não houve diferença em relação a incidência de infecções adquiridas na UTI, dias livres de ventilação mecânica, tempo de internação na UTI e mortalidade hospitalar, porém os familiares do grupo da intervenção tiveram menor mediana de ansiedade pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS anxiety score* (6,0 X 7,0; diferença ajustada, -1,6 [IC 95%, -2,3 a -0,9]; p < 0,001) e de depressão pelo *HADS depression score* (4,0 X 5,0; diferença ajustada, -1,2 [IC 95%, -2,0 a -0,4]; p 0,003), com aumento da satisfação avaliada pelo *Critical Care Family Needs Inventory - CCFNI score* (146,1 X 132,6; diferença ajustada, 13,5 [IC 95%, 10,4 a 16,7]; p < 0,001) quando

comparado ao modelo restritivo de visitas, sem aumento da incidência de *burnout* da equipe avaliada pelo *Maslach Burnout Inventory - MBI*.⁶

Dentre os pontos fortes: tratou-se de um estudo multicêntrico, randomizado, com tempo de descontaminação entre a transição dos *clusters* e tempo de aprendizado antes do início da intervenção, além da avaliação da intervenção sobre a ótica do paciente, da família e dos profissionais de saúde.⁶ Dentre os pontos fracos: (1) a inclusão de pacientes exclusivamente de um país de renda média; (2) não foram coletados dados das características das UTIs não incluídas e o motivo das perdas dos pacientes durante o acompanhamento; (3) por tratar-se de um estudo com randomização em *cluster* em que os participantes tinham ciência das intervenções, pode ter existido o risco de viés de recrutamento; (4) mesmo tendo existido o período de descontaminação entre as fases do estudo o efeito da transição ainda pode ter influenciado nos resultados; (5) não foi possível avaliar o efeito isolado do componente educacional (sem o componente do horário flexível) sobre os familiares; (6) o estudo não avaliou desfechos a longo prazo; (7) o tempo de acompanhamento pode ter sido pequeno para a adequada avaliação de *burnout*;⁶ (8) a implementação de medidas básicas do pacote ABCDEF não foram especificadas o que pode ter reduzido o efeito da visita flexível sobre o *delirium*; (9) um período de visita maior com possibilidade de permanência de um acompanhante no período noturno poderia ter influenciado no resultado;⁷ (10) os familiares não poderiam permanecer durante procedimentos e a participação na visita multidisciplinar era permitida a depender da política local da UTI, ou seja, poderia não ser permitida, o que vai contra a cultura do cuidado centrado no paciente e na família.⁸

Mesmo que o resultado tenha sido negativo para a prevenção de *delirium*, o modelo flexível de visitas não trouxe malefícios para o paciente, não aumentou o sofrimento e a insatisfação da equipe médica, e trouxe vários benefícios, reduzindo o nível de sofrimento psicológico e aumentando a satisfação dos membros da família. Além disto o estudo ainda levou a mudança nas UTIs participantes, em que 80% delas modificaram a sua política de visitas, aumentando o período pré-estudo de 1,5 para um pós-estudo de 10 horas (p 0,01).⁸ Por fim, permitir um horário estendido de visita é factível e pode ser uma ferramenta importante para melhorar a experiência, reduzir o sofrimento e possivelmente reduzir a chance de síndrome pós-cuidados intensivos familiar.

Referências

1. Rose L et al. Psychological Consequences of Admission to the ICU: Helping Patients and Families. *JAMA*. 2019 Jul 16;322(3):213-215. doi: 10.1001/jama.2019.9059.
2. Bienvenu OJ et al. Posttraumatic Stress Disorder Phenomena After Critical Illness. *Crit Care Clin*. 2017 Jul;33(3):649-658. doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.006. Epub 2017 Apr 21.
3. Harvey MA et al. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. *Crit Care Med*. 2016 Feb;44(2):381-5. doi: 10.1097/CCM.0000000000001531.

4. Stollings JL et al. Implementing the ABCDEF Bundle: Top 8 Questions Asked During the ICU Liberation ABCDEF Bundle Improvement Collaborative. *Crit Care Nurse*. 2019 Feb;39(1):36-45. doi: 10.4037/ccn2019981.
5. Pandharipande PP et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013 Oct 3;369(14):1306-16. doi: 10.1056/NEJMoa1301372.
6. Rosa RG et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 Jul 16;322(3):216-228. doi: 10.1001/jama.2019.8766.
7. Bauer PR et al. Family Visitation Policies in the ICU and Delirium. *JAMA*. 2019 Nov 19;322(19):1923-1924. doi: 10.1001/jama.2019.15585.
8. Garros D et al. Family Visitation Policies in the ICU and Delirium. *JAMA*. 2019 Nov 19;322(19):1924. doi: 10.1001/jama.2019.15591.
9. Rosa RG et al. Family Visitation Policies in the ICU and Delirium-Reply. *JAMA*. 2019 Nov 19;322(19):1924-1925. doi: 10.1001/jama.2019.15594.