



Visita infantil em uma UTI adulto: relato de caso

Child visit in an adult ICU: case report

Visita infantil en una UCI para adultos: informe de caso

Marcela Cristina Gomes da Silva¹, Cibelle Antunes Fernandes².

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de visita infantil a familiar internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, explorando seus aspectos emocionais e cognitivos. **Detalhamento do caso:** Abordagem realizada com uma criança em idade escolar, juntamente com seu responsável, antes, durante e após visita a um familiar de primeiro grau e de vínculo significativo internado em UTI adulto. O participante foi avaliado quanto à capacidade de realizar a visita, seguiu-se com entrevista dirigida inicial com o responsável legal e com a criança, com a realização de um desenho pela criança, acompanhamento da visita à beira-leito, entrevista dirigida final com o responsável legal e com a criança e realização de um novo desenho e posterior follow-up por telefone com o responsável após 72 horas da realização da visita. A visita decorreu de forma satisfatória, houve a confecção de dois desenhos da família nuclear e aprovação da visita por parte dos envolvidos. **Considerações finais:** Este estudo evidencia os potenciais benefícios da visita infantil realizada em unidade de terapia intensiva adulto, quando bem planejada, preparada e devidamente acompanhada, bem como a necessidade de desenvolvimento do tema, visto ser uma questão emergente que necessita de ampliação para o desenvolvimento de recursos que assegurem uma visita segura.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva, Visitas a pacientes, Criança, Humanização da assistência, Relações profissional-família.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of a child visiting a family member hospitalized in an adult Intensive Care Unit (ICU), exploring their emotional and cognitive aspects. **Case details:** Approach carried out with a school-age child, together with his/her guardian, before, during and after a visit to a first-degree relative with whom he/she has a significant bond hospitalized in an adult ICU. The participant was assessed for his/her ability to carry out the visit, followed by an initial guided interview with the legal guardian and the child, with the child drawing a picture, monitoring of the bedside visit, a final guided interview with the legal guardian and the child, and the creation of a new picture, and subsequent follow-up by telephone with the guardian 72 hours after the visit. The visit was satisfactory, with two drawings of the nuclear family being produced and the visit approved by those involved. **Final considerations:** This study highlights the potential benefits of child visits carried out in adult intensive care units, when well planned, prepared and properly monitored, as well as the need to develop the topic, as it is an emerging issue that needs to be expanded to develop resources that ensure a satisfactory visit.

Keywords: Intensive care unit, Visitors to patients, Child, Humanization of assistance, Professional-family relations.

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) / Escola de Saúde Pública do DF (ESP-DF), Brasília – DF.

² Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) / Escola de Saúde Pública do DF (ESP-DF), Hospital de Base do Distrito Federal (HB/IGESDF), Brasília – DF.

RESUMEN

Objetivo: Relatar la experiencia de un niño que visita a un familiar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos, explorando sus aspectos emocionales y cognitivos. **Detalle del caso:** Abordaje realizado con un niño en edad escolar, junto con su tutor, antes, durante y después de la visita a un familiar de primer grado con vínculo significativo ingresado en una UCI de adultos. Se evaluó al participante respecto a su capacidad para realizar la visita, seguida de una entrevista inicial guiada con el tutor legal y el niño, con el niño haciendo un dibujo, monitoreando la visita junto a la cama, una entrevista final guiada con el tutor legal y el niño y haciendo un nuevo dibujo y seguimiento posterior por teléfono con el tutor 72 horas después de la visita. La visita transcurrió satisfactoriamente, se realizaron dos dibujos del núcleo familiar y la visita fue aprobada por los involucrados. **Consideraciones finales:** Este estudio resalta los beneficios potenciales de las visitas pediátricas realizadas en unidades de cuidados intensivos de adultos, cuando están bien planificadas, preparadas y adecuadamente monitoreadas, así como la necesidad de desarrollar el tema, ya que es un tema emergente que necesita ser ampliado para desarrollar recursos que aseguren una visita satisfactoria.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos, Visitas a pacientes, Niño, Humanización de la atención, Relaciones profesional-familia.

INTRODUÇÃO

A visita de crianças é uma questão polêmica entre os profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), dividindo-os entre os que são favoráveis e os que são contrários à presença dos pequenos visitantes. Quanto menor a idade, mais controvérsias existem. Isso porque as UTIs são áreas de atenção especializada e contínua a pacientes críticos, com materiais e tecnologias peculiares (RDC 07/2010). Esse é um tema de interesse para a psicologia intensiva, especialidade que integra a equipe multiprofissional da UTI e está voltada para a tríade paciente, equipe e família (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

A visita infantil em UTI pode ser considerada um respeito aos direitos e necessidades das crianças. A criança deve ser considerada como parte de tudo que acontece à sua volta e reconhece-se o seu direito de ser informada, receber resposta e manifestar sua opinião e pensamentos (BRASIL, 1990).

Estando a criança inserida no ambiente familiar do sujeito adoecido, esta tem direito a receber informações e, por vezes, ela manifesta interesse em participar do processo de internação hospitalar. No contexto atual, a visita de crianças em UTI necessita ser repensada, pois ainda é um tema controverso que gera opiniões diversas (BORGES KM, et al., 2010).

A entrada de crianças em UTIs é rara tanto no Brasil quanto em outros países, e há poucas políticas específicas sobre suas visitas. Na Europa, uma pesquisa mostrou que 22% das UTIs na Itália permitiam visitas de crianças menores de 12 anos; na França, 54% autorizavam a partir dos 8 anos; e na Suíça, 66% não tinham restrições (ANZOLETTI AB, et al., 2008). No Brasil, houve um avanço com a Lei nº 14.950/2024, que modifica o Estatuto da Criança e do Adolescente para garantir o direito de visita de crianças e adolescentes a pais internados, conforme normas regulamentadoras.

Os principais obstáculos apontados por profissionais para impedir a entrada de crianças em UTIs incluem o risco de infecção hospitalar, trauma, descompensação emocional (VINTPE, 2005; JOHNSON DL, 1994) e a dificuldade da criança em compreender a doença e a morte (BORGES KM, et al., 2010). Já entre os familiares, destacam-se o impacto emocional negativo das visitas à UTI e a crença de que crianças não estão preparadas para lidar com situações difíceis, influenciando a decisão sobre permitir ou não essas visitas (NUNES ME e GABARRA LM, 2018).

Dentre as barreiras que interferem na possibilidade de visitas infantis na UTI, citamos: fatores organizacionais, incluindo políticas restritivas; nível de educação, idade e atitudes dos profissionais de saúde responsáveis pela decisão quanto à visita, além da falta de competências necessárias para promover a resiliência emocional e/ou para comunicar-se com as crianças (EWENS B, et al., 2021).

Em contrapartida, outros estudos apontam que, se bem conduzida, a visita pode ser benéfica para todos, paciente, criança e família, pois garante à criança a possibilidade de participar de um momento crucial da vida familiar, inclusive prevenindo problemas psicológicos futuros (BORGES KM, et al., 2010).

É importante considerar o desenvolvimento cognitivo da criança e suas experiências individuais e culturais sobre saúde, doença e morte, ao pensar na visita em UTIs. Esses fatores influenciam a forma como a criança interage com a situação, a família e os profissionais de saúde. Estratégias que vão além da comunicação verbal, como o uso do desenho — atividade simbólica que expressa representações mentais — podem ser eficazes por respeitarem as particularidades do desenvolvimento infantil (NUNES DC et al., 1988; FÁVERO UISA MH e SALIN CM, 1985).

Este estudo se propõe a relatar a experiência de visita infantil a um familiar internado em UTI adulto, explorando seus aspectos emocionais e cognitivos. Pretende-se promover uma reflexão sobre políticas de visita hospitalar, colaborando com o desenvolvimento do campo científico e com a criação de protocolos institucionais, com vistas a provocar melhorias na assistência.

DETALHAMENTO DO CASO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), parecer 6.945.103 e CAAE 80348924.5.0000.5553, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), parecer 7.349.054 e CAAE 80348924.5.3001.8153.

A pesquisa foi realizada em uma UTI Adulto de um hospital de alta complexidade no Distrito Federal, com a participação de uma criança de oito anos, estudante do 2º ano do ensino fundamental, e seu genitor. A criança estava com a mãe internada na UTI, atendendo aos critérios de inclusão: idade entre seis e nove anos, interesse espontâneo da família pela visita e presença de responsável legal que consentiu e acompanhou a visita. A faixa etária foi escolhida com base na idade escolar e na capacidade de expressão verbal e gráfica da criança. É relevante informar que, além da criança-participante, a visita também foi realizada com uma adolescente de 13 anos, do sexo feminino, que possuía vínculo igualmente significativo com a paciente e que não foi cotada a participar da amostra em razão de sua faixa etária estar além da proposta pelo estudo.

A visita foi conduzida conforme rotina do cenário de pesquisa, que usa uma adaptação das recomendações propostas por Brauchle M, et al. (2023). Há uso de árvore de decisão quanto à realização da visita, que se dá em fases: preparação, visita e follow-up, com acompanhamento do profissional psicólogo.

No dia da visita, foram apresentados e assinados, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pela criança e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo genitor. Coletaram-se dados sociodemográficos e foi realizada uma entrevista semiestruturada para captar a expressão verbal da criança. Também foi solicitado que ela fizesse um desenho com a instrução: “Considerando que o seu familiar está doente, faça um desenho de como você imagina que ele está neste momento.” Após o desenho, a criança recebeu explicações verbais sobre o estado do familiar na UTI, incluindo sua aparência e os dispositivos utilizados (como sondas, tubos e cateteres).

A entrevista inicial com o responsável legal da criança revelou que não houve preparação da criança, por parte da família, para a visita. O genitor avaliou que, por escutar a conversa dos adultos, a criança sabia que a paciente estava “bem e se recuperando”. Em relação ao repertório da criança, ela não possuía experiência prévia com o adoecimento de seus familiares e havia experienciado a morte de um animal de estimação (gato).

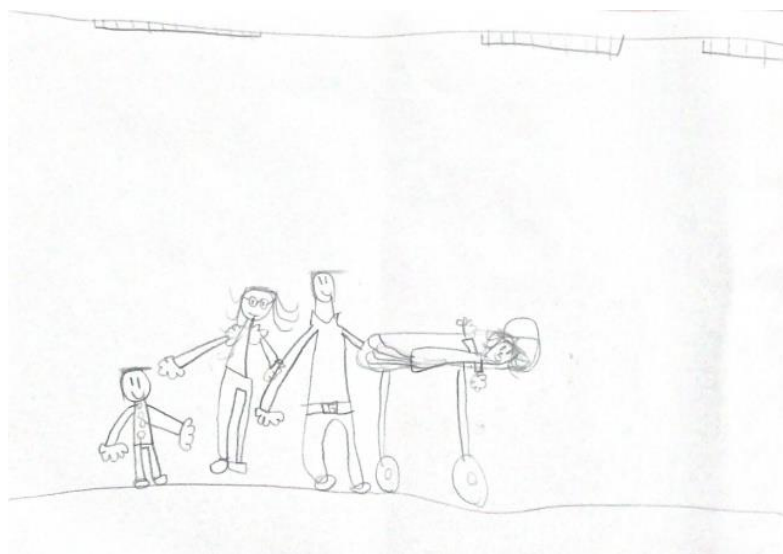
Na entrevista inicial, verificou-se que a criança sabia o local onde estava, “sala de hospital”, e o propósito de ter sido levada até lá, “visitar a mãe”. A criança não soube se expressar a respeito do adoecimento da genitora, alegando apenas que “ela estava bem”. Após intervenção da família, a criança acrescentou que a mãe “havia ficado doente” e que “ela tinha dor de cabeça”. Foi confirmado o desejo da criança pela realização da visita e ela informou ter pedido seis vezes para visitar a mãe.

Foi incluída a técnica do desenho como atividade simbólica que veicula um conteúdo para além da comunicação verbal, expressando o modo como a criança percebe e compreende o mundo, utilizando referências de interpretação clássicas e atuais (BUCK, 2003; CAMPOS DM, 2014; RETONDO MF, 2000; SPEECE MW e BRENTS B, 1984; WERNER H e KAPLAN B, 1984).

Antes da visita, diante do comando: “Considerando que o seu familiar está doente, faça um desenho de como você imagina que ele está neste momento”, a criança representou sua família de forma estruturada e realista, com todos no ambiente hospitalar, incluindo a mãe acamada. O desenho, como um todo, demonstra capacidade de abstração e de obtenção de equilíbrio emocional. Há representação de linha de base, indicando que os membros possuem suporte disponível; apenas um dos membros é representado como tendo maior necessidade de apoio. Os detalhes indicam que o ambiente representado é o ambiente hospitalar (maca e lâmpadas).

Encontramos traços que indicam conflitos emocionais, como introversão, inibição, insegurança emocional, inadequação e sentimento de impotência. Aparecem sentimentos de dependência e falta de confiança nos contatos sociais e/ou na produtividade. A figura paterna tem destaque, e há indícios de pertencimento familiar, mas com necessidade de afeto e apoio emocional. O primeiro desenho pode ser observado na **Figura 1**.

Figura 1 - Desenho realizado após a instrução: “Considerando que o seu familiar está doente, faça um desenho de como você imagina que ele está neste momento”.



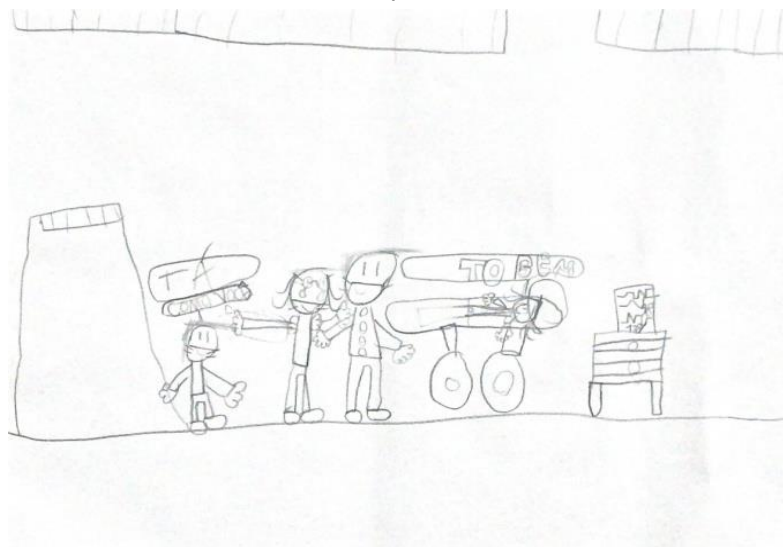
Fonte: Silva MC e Fernandes CA, 2025.

Após visita, a criança produziu o segundo desenho, a partir da instrução: “Considerando que você fez um desenho imaginando como estaria o seu familiar e você já o visitou, agora faça um novo desenho de como você se lembra que está o seu familiar”. Novamente é feito um desenho da família de origem e encontramos algumas diferenças em relação ao primeiro. Estando os membros de pé e de frente, em linha de solo, e a paciente/mãe representada de modo realístico, indicando família bem estruturada, adaptada, que encara os problemas de frente e que possui suporte e apoio disponíveis. Aparecem mais detalhes sobre a UTI. O desenho reforça a capacidade de abstração e equilíbrio emocional, mas também revela sentimentos de isolamento, impotência, insegurança e conflitos emocionais.

Os braços abertos das figuras indicam presença de fantasia, mas sem capacidade de realização e impotência. Aparece autocrítica. O traço retocado no corpo da genitora indica conflito. A transparência na máscara mostra imaturidade conceitual. A organização excessiva do ambiente transmite percepção de um mundo incerto ou perigoso. O pai é mostrado com o olhar voltado para os filhos, refletindo sua preocupação durante a visita, e seu desenho traz sinais de fragilidade emocional. O detalhe dos botões, antes associado à criança, é transferido ao pai, revelando a inversão de papéis emocionais quanto à fragilidade.

A ausência de pescoço nas figuras indica regressão, mas a cabeça maior do pai aponta para o reconhecimento de sua autoridade. Há também a representação de uma interação verbal entre a criança e a mãe, sugerindo como a visita trouxe a confirmação do bem-estar da genitora e justificou sua importância para a criança e a família. O segundo desenho pode ser verificado na **Figura 2**.

Figura 2 - Desenho realizado após a instrução: “Considerando que você fez um desenho imaginando como estaria o seu familiar e você já o visitou, agora faça um novo desenho de como você se lembra que está o seu familiar”.



Fonte: Silva MC e Fernandes CA, 2025.

Na entrevista final, o genitor confirmou que a visita foi importante para a família e que a realizaria novamente. Observou-se que a visita trouxe satisfação e tranquilizou a paciente, que teve a oportunidade de verificar que “os filhos estão bem cuidados” e que a interação “fez muito bem para todos”, pois tiveram a oportunidade de “ter contato” e “se abraçar”.

A criança expressou o seu desejo em realizar nova visita, confirmou que se sentiu “assustado” mas, aos poucos, “se sentiu bem confortável”. Questionado sobre outras crianças também terem a oportunidade de visitar seus familiares no hospital, respondeu, emocionado, que “é muito abraçante (sic) poder ver a mãe”.

Após 72 horas da visita, foi realizado follow-up telefônico com o genitor da criança. Ele relatou não ter observado alterações comportamentais ou emocionais que indicassem estresse. Pelo contrário, destacou que a criança demonstrou contentamento e compartilhou a experiência com a tia, pessoa próxima e responsável por solicitar a visita à equipe da UTI.

DISCUSSÃO

Nunes ME (2015) e Nunes ME e Gabarra LM (2018) destacam que a criança percebe as mudanças na rotina familiar e tenta compreender o que acontece ao seu redor, ouvindo as conversas dos adultos. Por isso, é essencial incluí-la nas comunicações de forma clara. Quando participa da decisão de visitar um familiar, a criança passa a controlar sua própria necessidade de informação. Assim, enfatiza-se a importância de preparar a criança antes da visita, explicando sobre o ambiente da UTI e o estado clínico do familiar.

Nunes ME e Gabarra LM (2018) apontam que a omissão, distorção ou restrição de informações por parte da família é uma tentativa de proteger a criança, sendo um indicativo de que a família tem dificuldades com a situação. Entende-se que a insistência da criança em visitar a genitora representa a necessidade de receber informações claras sobre o estado de sua familiar.

O participante expressou claramente o seu desejo em realizar a visita, e ouvir isso da criança é papel fundamental do profissional da UTI condutor da visita. A demanda pode até partir da família, mas necessita passar pelo aval da criança (BORGES KM, et al., 2010).

A utilização da técnica do desenho como meio de apreender a experiência individual da criança a partir de sua visita familiar em UTI mostrou-se particularmente útil, pois possibilitou revelar conteúdo não expresso verbalmente, fornecendo subsídios para a condução adequada da visita infantil.

O primeiro desenho comunicou que a criança tinha uma percepção realista da situação, representando a mãe acamada. Suas reações emocionais, como inibição, insegurança e impotência, foram compatíveis com um evento estressor. O desenho também indicou um contexto familiar sociocultural positivo, com uma família estruturada e capaz de oferecer apoio. Além disso, a atividade demonstrou abertura da criança para acolher o suporte da equipe, responder às demandas e receber ajuda.

O segundo desenho refletiu a experiência da criança ao visitar sua mãe, mostrando novamente uma percepção realista e reações emocionais adequadas ao estresse decorrente da situação, como inibição, medo, isolamento e insegurança. Além do mais, o desenho indica presença de apoio familiar em um contexto sociocultural positivo. O sentimento de isolamento representado pode revelar a necessidade da criança de se sentir incluída no processo de adoecimento da mãe, reforçando a importância da visita infantil como forma de inseri-la na vivência familiar do adoecimento. Embora o desenho revele conflitos, também evidencia recursos emocionais avançados para a idade, como a representação de interação verbal, demonstrando que a criança possui mecanismos internos para lidar com a situação.

A entrevista, a observação da visita e os desenhos indicam que a criança necessita de amparo e de orientações condizentes com a sua faixa etária, pois ela percebe o sofrimento ao seu redor, mas sozinha não consegue encontrar os significados e o amparo de que necessita. Para a realização da visita em UTI, entende-se que o acompanhamento para a família e para a criança é essencial, sendo o psicólogo o profissional mais indicado para prestar a assistência necessária (BORGES KM, et al., 2010).

Embora a visita de crianças a familiares internados possa aliviar o sofrimento e fortalecer os vínculos familiares, também pode gerar desconfortos, medo e dúvidas. Por isso, é essencial que a equipe de saúde esteja preparada para acolher a criança (ABREU MC, et al., 2023). Além disso, os familiares também desempenham um papel fundamental como rede de apoio durante esse processo (NUNES ME, 2015).

O follow-up com perguntas dirigidas sobre possíveis comportamentos indicativos de estresse mostrou-se útil para ajudar o familiar a avaliar a criança quanto às repercussões da visita e verificação da necessidade de intervenção da equipe assistencial.

A realização de visita infantil pode ser proveitosa e bem conduzida e previamente planejada, ressaltando a importância da rede familiar. Os resultados encontrados contribuem para a discussão sobre a possibilidade de se considerar visitas infantis em UTI, levando em consideração as repercussões ocasionadas ao paciente, à família e à criança-visitante. A preparação da equipe é outro ponto que merece atenção, haja vista a necessidade dos profissionais conhecerem os benefícios e os riscos das visitas e adotarem as melhores práticas para receber menores de idade.

Mediante essa discussão, pretende-se ampliar o olhar sobre a visita infantil no contexto de UTI, por intermédio de critérios e preparação prévia. Considera-se de extrema importância o investimento em estudos na temática, por se tratar de uma problemática delicada e ainda pouco estudada em nosso país, apesar de sua expressiva relevância em meio às práticas em saúde e à humanização. Outros estudos que avaliem um número maior de crianças, bem como diferentes faixas etárias, são necessários para ampliar a trama retratada.

REFERÊNCIAS

1. ABREU MC, et al. Lugar de criança? Visitas de menores de idade a adultos em unidades de terapia intensiva. *Rev JRG Estud Acad.* 2023;6(12):276-95.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2010 fev 25.

3. ANZOLETTI AB, et al. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008;24(6):366-74.
4. BORGES KM, et al. Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010;22(3):300-4.
5. BRASIL. Lei nº 14.950, de 2 de agosto de 2024. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre o direito da criança e do adolescente de visitação à mãe ou ao pai internado sem instituição de saúde. *Diário Oficial da União.* 2024 ago 2; Seção 1:1,5.
6. BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Dispõe sobre a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília, DF; 1990.
7. BRAUHL EM, et al. Ten recommendations for child-friendly visiting policies in critical care. *Intensive Care Med.* 2023 Jan;49:341-4.
8. BUCK JN. H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa. Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação. 1ª ed. São Paulo: Vetor; 2003.
9. CAMPOS DM. O teste do desenho como instrumento diagnóstico da personalidade: validade, técnica de aplicação e normas de interpretação. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2014.
10. EWENS B, et al. The enablers and barriers to children visiting their ill parent/carer in intensive care units: a scoping review. *Aust Crit Care.* 2021 Nov;34(6):604-19.
11. FÁVERO UISA MH, SALIM CM. A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. *Psicol Teor Pesqui.* 1985;11:181-91.
12. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. Nota Técnica SEI-GDF nº 1/2019, Brasília, DF; 2019 dez 18.
13. JOHNSON DL. Preparing children for visiting parents in the adult ICU. *Dimens Crit Care Nurs.* 1994 May;13(3):152-4.
14. NUNES DC, et al. As crianças e o conceito de morte. *Psicol Reflex Crit.* 1988;11(3):579-90.
15. NUNES ME. Compreensão da visita de crianças e adolescentes em unidade de terapia intensiva: a perspectiva de familiares. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
16. NUNES ME, GABARRA LM. Vivência de familiares sobre visita de crianças e adolescentes em UTI adulto. *Rev Psicologia Saúde.* 2018;10(3):109-25.
17. RETONDO MF. Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa-Árvore-Pessoa) e Família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
18. SPEECE MW, BRENT SB. Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. *Child Dev.* 1984 Oct;55(5):1671-86.
19. INTPE. An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically ill adult in ICU. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005 Jun;21(3):149-59.
20. WERNER H, KAPLAN B. Symbol formation. New York: Wiley; 1984.