

Fernando José da Silva Ramos¹, Renata Rego Lins Fumis¹, Luciano Cesar Pontes de Azevedo¹, Guilherme Schettino¹

Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico

Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey

1. Laboratório de Pesquisa em Anestesiologia e Terapia Intensiva, Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio Libanês - São Paulo (SP), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve como objetivo determinar a política de visitação predominante nas unidades de terapia intensiva e quais comodidades proporcionadas aos visitantes.

Métodos: Foram enviados 800 convites a endereços de *e-mail* de médicos e enfermeiros intensivistas listados nos grupos de pesquisa da Rede da Associação de Medicina Intensiva Brasileira e da Rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva. A mensagem por *e-mail* continha um *link* para um questionário de 33 itens a respeito do perfil de suas respectivas unidades de terapia intensiva.

Resultados: Foram incluídos no estudo os questionários de 162 unidades de terapia intensiva localizadas em todas as regiões do país, mas foram predominantes as das Regiões Sudeste (58%) e Sul (16%). Apenas 2,6% das unidades de terapia intensiva relataram ter políticas liberais de visitação, enquanto

45,1% das unidades de terapia intensiva possibilitavam dois períodos diários de visitação e 69,1% permitiam de 31 a 60 minutos de visita por período. Em situações especiais, como casos de fim de vida, 98,7% delas permitiam visitas em horários flexíveis. Cerca de metade das unidades de terapia intensiva (50,8%) não oferecia qualquer comodidade aos visitantes. Apenas 46,9% das unidades de terapia intensiva tinham uma sala de reunião com familiares, e 37% não dispunham de uma sala de espera.

Conclusão: Nas unidades de terapia intensiva do Brasil, houve predominância de políticas restritivas de visitação, sendo que a maioria delas só permite dois períodos diários de visitação. Também há uma ausência de comodidades para os visitantes.

Descritores: Visitas a paciente; Assistência centrada no paciente/normas; Relações profissional-família; Relações profissional-paciente; Unidades de terapia intensiva/normas; Questionários

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 16 de junho de 2014
Aceito em 20 de agosto de 2014

Autor correspondente:

Fernando José da Silva Ramos
Rua Cel Nicolau dos Santos, 69
CEP: 01308-60 - São Paulo (SP), Brasil
E-mail: ramosfjs@gmail.com

Editor responsável: Gilberto Friedman

DOI: 10.5935/0103-507X.20140052

INTRODUÇÃO

A admissão em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é um evento estressante tanto para o paciente quanto para seus familiares. Muitos estudos têm demonstrado a ocorrência de sintomas que incluem depressão, ansiedade e estresse pós-traumático entre membros das famílias dos pacientes de UTI.⁽¹⁻³⁾ As necessidades de ficar perto do paciente e de receber informações adequadas, conforme observado desde o estudo de Molter⁽⁴⁾ em 1979, ainda são relevantes. Estudos recentes demonstram que a necessidade de estar próximo ao paciente e a ansiedade de deixá-lo só fazem com que membros da família escolham dormir na sala de espera.⁽⁵⁾ Além do mais, informações incompletas ou mal entendidas são fatores

de risco para casos de desordem de estresse pós-traumático em familiares dos pacientes.⁽³⁾ Assim, conferências realizadas com familiares, nas quais estes têm oportunidade de expressarem seus sentimentos e de receberem resposta às suas questões, não apenas melhoram seu grau de satisfação, mas também diminuem seus sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático.⁽⁶⁾ A ausência de uma sala de espera próxima ao paciente, médicos inacessíveis e informações incompletas são também fatores de risco para insatisfação.^(7,8)

Nos anos mais recentes, tem sido evidente a busca de uma melhora no cuidado dos pacientes gravemente enfermos por meio de uma abordagem holística. A assistência centrada no paciente e em sua família tem crescido, e o alvo tem sido melhorar a qualidade do tratamento, assim como a satisfação do paciente e da respectiva família. Uma das propostas se refere a permitir uma política aberta de visitação para familiares de pacientes gravemente enfermos.^(9,10)

Em geral, os períodos de visitação de muitas UTIs têm sido descritos como restritos ou liberais. UTIs com políticas restritivas de visitação são as que permitem a visita de familiares durante alguns períodos do dia, com um número restrito de visitantes por período; as que têm políticas abertas de visitação permitem que os familiares tenham acesso ao paciente 24 horas por dia, com ou sem restrição do número de visitantes.⁽¹¹⁻¹³⁾ Durante a última década, a terapia intensiva desenvolveu-se em todo o mundo, porém ainda não há regras específicas e nem um consenso com relação às políticas de visitação. A visitação aberta é comum em UTIs pediátricas, contudo, ainda é rara em UTIs para pacientes adultos.⁽¹¹⁾ Muitos estudos da Europa⁽¹³⁻¹⁷⁾ e dos Estados Unidos⁽¹⁸⁾ demonstraram que a maior parte das UTIs têm, até hoje, políticas restritivas de visitação.

Tem sido demonstrado que a política de visitação aberta permite que a família dê suporte ao paciente, e melhora a comunicação entre a família e a equipe da UTI, assim como sua satisfação com o tratamento.^(8,19) Estudo randomizado correlacionou as políticas de visitação aberta com uma diminuição da ansiedade do paciente, melhoras em seus perfis hormonais e diminuição das complicações cardiovasculares.⁽²⁰⁾

A interação entre familiares e médicos é muito importante na UTI. Uma equipe inacessível e a comunicação ineficaz têm fortes impactos na satisfação.⁽⁷⁾ Embora a comunicação seja necessária e importante, falhas na comunicação entre a família e a equipe ocorrem em cerca de 50% das vezes, sendo que o prognóstico é a mensagem mais difícil de entender.^(21,22) Entretanto, a falta de treinamento da equipe, em relação à interação com familiares, foi reavaliada em estudo recente com relação às percepções sobre

uma política de 24 horas de visitação. Segundo esse estudo, há necessidade de treinamento em comunicação.⁽²³⁾ Além disto, há outras barreiras à adoção de políticas de visitação aberta, como falta de espaço, questões de comunicação, conflitos e carga de trabalho.^(11,12,19) Há também uma preocupação de que a política de visitação aberta poderia aumentar o estresse dos membros da família, que poderiam sentir-se obrigados a permanecer na UTI.^(11,12,19) Com relação à equipe, embora esta sinta que a presença de familiares perturba seu trabalho, acredita-se que os benefícios compensam a dificuldades, especialmente em benefício dos pacientes.^(9,20,23,24)

Em 2007, o *American College of Critical Care Medicine* (ACCCM) publicou diretrizes a respeito do suporte às famílias no contexto da assistência centralizada no paciente, dando apoio a uma política de visitação aberta, com a recomendação de que a política de visitação seja estabelecida caso a caso, segundo o interesse do paciente.⁽¹⁰⁾

A *European Society of Intensive Care Medicine* (ESICM), por meio de seu *Working Group of Quality Improvement* (WGQI, em português Grupo de Trabalho em Melhoria da Qualidade) publicou, em 2008, suas recomendações básicas para aspectos de organização estrutural da UTI.⁽²⁵⁾ Nesse documento, a ESICM recomendava que as áreas de recepção da UTI tivessem pelo menos 10m² de espaço para cada oito leitos, com uma a duas cadeiras por leito. Também sugeria a disponibilidade de quartos de repouso para as famílias, juntamente de outras comodidades, como banheiros, telefones, rádios e televisores. O documento não menciona a concessão de um tempo mínimo para que os familiares permaneçam na UTI.

No Brasil, não há uma legislação clara a esse respeito. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 7, de 24 de fevereiro de 2010, em sua Seção V, Art. 25, declara que a presença de visitantes na UTI deve ser regulamentada pela política da instituição e baseada na lei. A lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que estabelece o Estatuto do Idoso, permite que pacientes idosos tenham a presença de um acompanhante durante toda sua permanência no hospital. Contudo, não há estudos e nem dados a respeito das políticas de visitação nas UTIs brasileiras para pacientes adultos.

O objetivo deste estudo foi determinar qual a política de visitação predominante nas UTIs brasileiras, e as instalações e comodidades oferecidas aos visitantes desses espaços.

MÉTODOS

Este foi um estudo descritivo multicêntrico, no qual foram convidados a tomar parte médicos e enfermeiros

intensivistas que tinham seus endereços de *e-mail* listados na rede da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIBNet) e na rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva (BRICNet). O *e-mail* de convite fornecia tanto o *link* (<https://www.surveymonkey.com/politicadevisitaUTI>) quanto a senha de acesso. Após concordar com os termos da participação, os participantes foram direcionados a um questionário (disponível em materiais suplementares eletrônicos) com 33 questões referentes às suas instalações, versando sobre: (1) estrutura da UTI (especialidade, fonte de financiamento, número de leitos e separação entre os leitos); (2) política de visitação (número de períodos de visitação e duração desses períodos); (3) visitantes (número de visitantes permitidos, grau de relacionamento com o paciente e limites de idade); (4) medidas de controle de infecção; e (5) comodidades proporcionadas aos visitantes (sala de espera, cadeiras, alimentos e livreto com informações sobre a UTI). Os critérios de exclusão envolviam falta de identificação da UTI e/ou cidade, ou mais de 50% das questões sem resposta.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, com o número de registro HSL 2012/29.

Análise estatística

Segundo o censo da AMIB realizado em 2010,⁽²⁶⁾ existiam aproximadamente 2.400 UTI disponíveis para inclusão neste estudo. A percentagem estimada de UTI com políticas abertas de visitação foi de 10%; considerando-se, assim, um intervalo de confiança de 95%, seria necessária uma amostra com 131 UTI.

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa de computador STATA® 12 (StataCorp LP, Estados Unidos). As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram expressas como tendência central (média e mediana) e medidas da dispersão. Os dados nominais foram comparados usando o teste do qui quadrado para tendências.

RESULTADOS

Foi enviado um total de 800 convites por *e-mail* a médicos e enfermeiros intensivistas. Destes, 191 acessaram o questionário eletrônico, porém 29 foram excluídos por preenchimento incompleto ou questionários em duplicata. Assim, foi incluído na análise um total de 162 pesquisas. Foram preenchidos por médicos 154 (95,1%) questionários; os demais foram preenchidos por enfermeiros.

Perfis das unidades

Os perfis das UTI participantes são apresentados nas tabelas 1 e 2. Os questionários preenchidos vieram de todas as regiões do país, entretanto, sete Estados não foram representados (Acre, Amapá, Alagoas, Mato Grosso, Paraíba, Roraima e Tocantins). A Região Sudeste contribuiu com a maior parte dos dados, respondendo por um total de 59% dos questionários, seguida pela Região Sul (15,6%). Os resultados demonstraram que 46,3% das UTI tinham financiamento público, 75,3% eram de especialidade clínico-cirúrgica, e 49,1% tinham de seis a dez leitos. Além disso, 92% das UTI tinham a presença diária de médicos intensivistas.

Tabela 1 - Perfil das unidades de terapia intensiva segundo a localização

Região	Número de cidades N	Número de UTI N (%)	UTI públicas N (%)
Norte	6	7 (4,3)	6 (85,7)
Nordeste	9	21 (13)	9 (43)
Centro-Oeste	5	14 (8,7)	5 (35,7)
Sudeste	29	94 (58)	43 (45,7)
Sul	15	26 (16)	14 (53,9)

UTI - unidade de terapia intensiva.

Tabela 2 - Características das unidades de terapia intensiva

Características	N (%)
Fonte de financiamento	
Pública	75 (46,3)
Privada	69 (42,6)
Filantrópica	18 (11,1)
Especialidade	
Clínica	19 (11,7)
Cirúrgica	7 (4,3)
Clínico-cirúrgica	122 (75,3)
Outra	14 (8,7)
Número de leitos	
Até 10	81 (52)
11-20	57 (35,8)
21 ou mais	21 (13,2)
Número de admissões ao ano	
Até 400	54 (34,4)
401-800	59 (37,6)
>800	44 (28)
Presença diária de um intensivista	
Sim	149 (92)
Não	13 (8)

Políticas de visitação familiar e condições gerais

Apenas 2,6% das UTI relataram ter políticas liberais de visitação, enquanto 45,1% das UTI possibilitavam dois períodos de visitação e 69,1% permitiam de 31 a 60 minutos de visita por período. Entretanto, 98,7% das UTI permitiam períodos flexíveis de visitação em situações especiais, principalmente nos casos de fim de vida (Figura 1). A tabela 3 apresenta as principais características das políticas de visitação das UTI brasileiras.

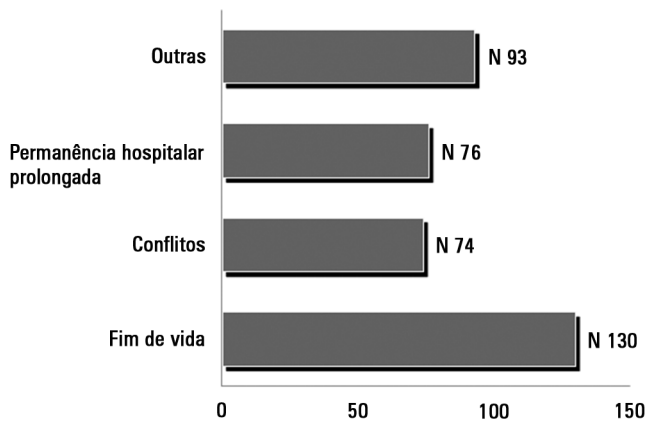


Figura 1 - Principal razão para a flexibilidade da política de visitação.

Com relação às medidas de controle de infecção, 96,9% das UTI recomendavam lavar as mãos. Apenas 2,4% recomendavam o uso de coberturas protetoras (como aventais, gorros cirúrgicos, propés e máscaras) para todos os visitantes.

Não houve correlação entre as fontes de financiamento e os períodos de visitação ($p=0,15$) e nem entre as fontes de financiamento e a flexibilidade dos horários de visitação ($p=0,95$).

Comodidades oferecidas aos visitantes

Com relação às conveniências proporcionadas aos visitantes, em 50,8% das UTIs não se oferecia qualquer comodidade. Apenas 46,9% das unidades tinham salas de reunião com as famílias. Entretanto, 63% das UTI tinham salas de espera. Com relação a materiais informativos, 55,6% das UTI ofereciam algum tipo de material informativo a respeito da unidade, primariamente brochuras (Tabela 4). A figura 2 apresenta as comodidades disponíveis para os visitantes nas salas de espera das UTI.

Tabela 3 - Características das políticas de visitação das unidades de terapia intensiva participantes

Características da política de visitação	N (%)
Períodos de visitação	
Nenhum	0
1	52 (32,1)
2	73 (45,1)
3	26 (16)
>3	11 (6,8)
Tempo por período de visitação	
<30 minutos	12 (7,4)
31-60 minutos	112 (69,1)
61-360 minutos	31 (19,1)
6-12 horas	3 (1,8)
24 horas	4 (2,6)
Visitantes por período	
1	35 (21,9)
2	108 (67,5)
3	10 (6,2)
4	7 (4,4)
Só permitida a membros da família	
Sim	8 (5)
Não	151 (95)
Restrições à idade do visitante	
Nenhuma	20 (12,5)
> 12 anos de idade	123 (76,9)
> 16 anos de idade	17 (10,6)
Flexibilidade da visitação em casos especiais	
Sim	158 (98,7)
Não	2 (1,2)

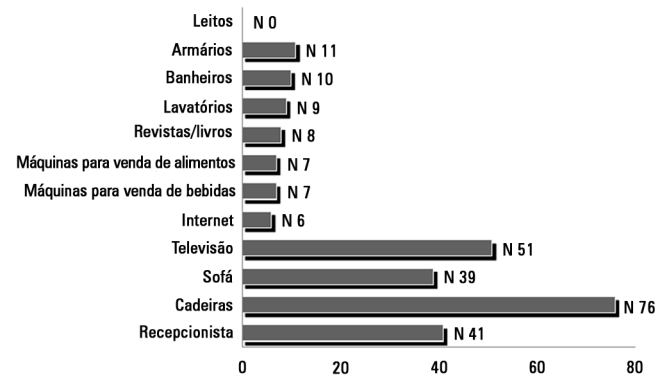
Opiniões dos participantes sobre as políticas de visitação em unidade de terapia intensiva

Quando interrogados a respeito de suas opiniões pessoais sobre as políticas de visitação de suas respectivas unidades, 38,6% dos participantes responderam que achavam a política adequada, 58,1% acreditavam que a política deveria ser mais liberal em termos do tempo e número de visitantes permitidos, e 3,2% acreditavam que a política deveria ser mais restritiva. Adicionalmente, 98,8% dos participantes consideravam que a presença de um visitante era muito importante ou importante para o paciente. Dentre os respondentes, 100% acreditavam que a possibilidade de visitar o paciente é importante ou muito importante para o familiar. Ainda, 39,7% responderam

Tabela 4 - Comodidades proporcionadas aos visitantes

Comodidades proporcionadas aos visitantes	N (%)
Separação entre os leitos	
Nenhuma	14 (8,6)
Cortina	63 (38,9)
Biombo	8 (4,9)
Divisória	51 (31,5)
Quarto individual	26 (16,1)
Comodidades ao pé do leito	
Nenhuma	89 (50,8)
Cadeira	40 (23)
Poltrona	41 (23,4)
Sofá	5 (2,8)
Cama	0
Sala de reunião com as famílias	
Sim	76 (46,9)
Não	86 (53,1)
Informações por telefone	
Sim	112 (69,1)
Não	50 (30,8)
Material informativo	
Sim	90 (55,6)
Não	72 (44,4)
Avaliação da satisfação da família	
Sim	60 (37)
Não	102 (63)
Sala de espera da UTI	
Sim	102 (63)
Não	60 (37)

UTI - unidade de terapia intensiva.

**Figura 2** - Comodidades oferecidas aos visitantes nas salas de espera da unidade de terapia intensiva.

que a presença de visitantes facilitava o trabalho da equipe, enquanto 34% não viam diferença e 26,3% achavam que dificultava seu trabalho.

DISCUSSÃO

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a avaliar políticas de visitação em UTI em um país latino-americano. A amostra, embora pequena, representa muito bem a distribuição das UTI nas regiões do Brasil, com sua maioria concentrada na Região Sudeste.

O principal achado deste estudo foi que um pequeno número de UTI tem políticas abertas de visitação. É certo que, em outros países, predominam políticas restritivas de visitação; contudo, há um reconhecimento crescente de políticas liberais de visitação, com alguns países já as modificando suas políticas. Mais ainda, o tempo permitido por visita é mais longo em outros países, com visitas mais restritivas do que encontramos em nosso estudo. Por exemplo, um estudo multicêntrico francês demonstrou que 97% das UTI participantes tinham políticas de visitação restritiva, porém o tempo médio de visitação era de 168 minutos.⁽¹⁴⁾ Os estudos demonstram grande variação nas políticas de visitação.⁽¹³⁻¹⁸⁾ Áreas com a maior porcentagem de políticas liberais de visitação na UTI são a região da Nova Inglaterra, nos Estados Unidos, com 32% das UTI,⁽¹⁸⁾ e o Reino Unido, com 19,9%.⁽¹⁶⁾

Identificamos que um número significativo de UTI brasileiras não dispõe de uma sala de espera. A existência de uma sala de espera na UTI e a possibilidade de ver os pacientes frequentemente se encontram entre as maiores necessidades das famílias de pacientes na UTI, sendo fatores associados com maior satisfação dos familiares. Quando comparamos nossos resultados com estudos europeus,⁽¹³⁻¹⁸⁾ nos quais a maior parte das UTI tem salas de espera e algumas incluem uma área de repouso,⁽¹⁷⁾ ainda temos um longo caminho a percorrer até atender as recomendações da ESICM.⁽²⁵⁾ Dentre as comodidades oferecidas aos visitantes na sala de espera, as mais comuns são cadeiras e televisores.

Mais ainda, quase metade das UTI não tem sala para reunião com familiares. Com base em estudos prévios,^(6,27,28) nos quais foi demonstrada a relevância de conferências com a família, esses dados também demandam atenção. Conferências com a família, especialmente em situações de fim de vida, podem ajudar a diminuir os sintomas de

ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Nesses momentos difíceis, uma conferência com a família, com um médico ouvindo atentamente as dúvidas e os sentimentos dos familiares, pode melhorar de forma significativa o grau de satisfação da família.^(6,29,30)

Nosso estudo mostrou que há um reconhecimento de que a presença de familiares ao pé do leito de pacientes em situação de fim de vida é importante e deve ser mantida. A maior parte dos participantes neste estudo (98,7%) relatou que as políticas de visitação são flexíveis perante conflitos, primariamente situações de fim de vida, o que é uma prática comum em outros países com políticas restritivas de visitação.

Independentemente desse reconhecimento, é interessante que identifiquemos que metade das UTI não proporciona qualquer tipo de comodidade aos visitantes. A falta de espaço apropriado para os visitantes ao lado do leito é, sem dúvida, um dos impedimentos para políticas liberais de visitação. Segundo este estudo, na maioria dos casos, os leitos de UTI são separados por cortinas e biombo, e apenas 16,1% das unidades dispõem de quartos individuais para os pacientes.

A presença da família na UTI ainda é controversa. Em 2001, o *American College of Critical Care* publicou suas diretrizes relacionadas à assistência centrada no paciente na UTI, recomendando que a política aberta de visitação fosse decidida individualmente, respeitando a vontade do paciente, da família e a opinião da equipe de Enfermagem.⁽¹⁰⁾ Uma política aberta de visitação assegura que se cuidem de algumas das necessidades da família, como estar mais frequentemente com o paciente, assim como receber regularmente informações a respeito das condições do paciente.

Segundo os profissionais de saúde, particularmente os que atuam em UTI, embora políticas abertas de visitação sejam benéficas para o paciente e seus familiares, associam-se com maior carga de trabalho e podem causar dificuldades.^(11,12,23,24)

Recente estudo realizado na UTI de um hospital privado no Brasil mostrou que médicos, Enfermagem e fisioterapeutas compreendem que políticas abertas de visitação são benéficas, especialmente para os pacientes, porém nem tanto para familiares e equipe da UTI.⁽²³⁾ Embora

a duração da visita não seja relacionada com a mortalidade e duração da hospitalização,⁽²⁷⁾ ela se relaciona com redução da ansiedade do paciente e melhora de seus perfis hormonais, assim como diminuição das complicações cardiovasculares.⁽²⁰⁾ Por outro lado, os pacientes podem preferir ter seus visitantes por períodos mais curtos de tempo, mais restrições ao número de visitantes, e ter privacidade durante seus processos de higiene íntima.⁽²⁸⁾ Em outras palavras, a flexibilidade dos horários de visitação pode ser mais importante do que sua duração.

O presente estudo teve algumas limitações. Primeiramente, o número relativamente pequeno de respostas, e em segundo lugar, a preponderância de respostas na Região Sudeste.

CONCLUSÃO

Apesar do crescente reconhecimento internacional e nacional da importância de uma política aberta de visitação nas unidades de terapia intensiva, este estudo mostrou que, no Brasil, essa política pode ser difícil de implantar de fato, principalmente em razão das barreiras representadas pela falta de estrutura adequada para acomodação dos visitantes. Identificamos que metade das unidades de terapia intensiva pesquisadas não oferecia qualquer comodidade aos visitantes, nem ao menos cadeiras. Além disso, a maioria delas não dispõe de salas de espera. Contudo, quase todas elas permitem horários flexíveis de visitação em situações de fim de vida.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à rede Brasileira de Pesquisa em Terapia Intensiva (BRICNet) e à rede da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIBNet) por sua colaboração neste estudo. Os autores agradecem à Dra. Ivany Schettino por sua contribuição ao manuscrito.

Contribuição dos autores

Fernando José da Silva Ramos e Renata Rego Lins Fumis delinearão o estudo, coletaram os dados e prepararam o manuscrito; Luciano Cesar Pontes de Azevedo e Guilherme Schettino delinearão o estudo e prepararam o manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine which visitation policy was the most predominant in Brazilian intensive care units and what amenities were provided to visitors.

Methods: Eight hundred invitations were sent to the e-mail addresses of intensivists physicians and nurses who were listed in the research groups of the Brazilian Association of Intensive Care Network and the Brazilian Research in Intensive Care Network. The e-mail contained a link to a 33-item questionnaire about the profile of their intensive care unit.

Results: One hundred sixty-two questionnaires from intensive care units located in all regions of the country, but predominantly in the Southeast and South (58% and 16%), were included in the study. Only 2.6% of the intensive care units reported having liberal visitation policies, while 45.1% of

the intensive care units allowed 2 visitation periods and 69.1% allowed 31-60 minutes of visitation per period. In special situations, such as end-of-life cases, 98.7% of them allowed flexible visitation. About half of them (50.8%) did not offer any bedside amenities for visitors. Only 46.9% of the intensive care units had a family meeting room, and 37% did not have a waiting room.

Conclusion: Restrictive visitation policies are predominant in Brazilian intensive care units, with most of them allowing just two periods of visitation per day. There is also a lack of amenities for visitors.

Keywords: Visitors to patients; Patient-centered-care/standards; Professional-family relations; Professional-patient relations; Intensive care units/standards; Questionnaires

REFERÊNCIAS

- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, Grassin M, Zittoun R, le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B; French FAMIREA Group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med.* 2001;29(10):1893-7.
- Fumis RR, Deheinzeln D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med.* 2009;35(5):899-902.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert PE, Darmon M, Fassier T, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Goulenok C, Goldgran-Toledano D, Hayon J, Jourdain M, Kaidomar M, Laplace C, Larché J, Liotier J, Papazian L, Poisson C, Reignier J, Saidi F, Schlemmer B; FAMIREA Study Group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(9):987-94.
- Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung.* 1979;8(2):332-9.
- Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care.* 2013;17(3): R91.
- Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356(5):469-78. Erratum in *N Engl J Med.* 2007;357(2):203.
- Fumis RR, Nishimoto IN, Deheinzeln D. Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *J Crit Care.* 2008;23(3):281-6.
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B; French FAMIREA Group. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163(1):135-9.
- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA.* 2004; 292(6):736-7.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, Spuhler V, Todres ID, Levy M, Barr J, Ghandi R, Hirsch G, Armstrong D; American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med.* 2007;35(2):605-22.
- Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med.* 2003;31(5 Suppl):S362-6.
- Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1060-5.
- Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, Blot SI; Executive Board of the Flemish Society for Critical Care Nurses, Ghent and Edegem, Belgium. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart Lung.* 2010;39(2):137-46.
- Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catoire J, de Tinténiac A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med.* 2002;28(10):1389-94.
- Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med.* 2008;34(7):1256-62.
- Hunter JD, Goddard C, Rothwell M, Ketharaju S, Cooper H. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Anaesthesia.* 2010;65(11):1101-5.
- Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(1):27-30.
- Lee MD, Friedenber AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Crit Care Med.* 2007;35(2):497-501.
- Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2008;36(1):30-5.
- Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation.* 2006;113(7):946-52.
- Fumis RR, Nishimoto IN, Deheinzeln D. Measuring satisfaction in family members of critically ill cancer patients in Brazil. *Intensive Care Med.* 2006;32(1):124-8.
- Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med.* 2000;28(8):3044-9.
- da Silva Ramos FJ, Fumis RR, Azevedo LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care.* 2013;3(1):34.

24. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anesthesiol.* 2010;76(2):93-9.
25. Valentin A, Ferdinand P; ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med.* 2011;37(10):1575-87.
26. Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB. Censo AMIB. <http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>. Accessed in 02/20/2013.
27. Eriksson T, Bergbom I. Visits to intensive care unit patients-frequency, duration and impact on outcome. *Nurs Crit Care.* 2007;12(1):20-6.
28. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care.* 2004;13(13):194-8.
29. McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Shannon SE, Rubenfeld GD, et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Crit Care Med.* 2004;32(7):1484-8.
30. Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med.* 2001;29 (2 Suppl):N26-33.